Rok XLI. Kraków, 31 Maja 1902. Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Organizacya desinfekcyi w miastach większych.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

W pracy mojej o najnowszych sposobach odkażania mieszkań przedstawiłem wartość naukową i praktyczną tegoczesnych sposobów odkażania mieszkań, objaśniłem, jak ich używać należy, aby przy zastosowaniu stworzyć z nich istotnie praktyczny sposób odkażania. Zakres działania higienisty nie powinien jednak ograniczać się do pracowni. Powołana do życia potrzebami praktycznemi higiena naukowa, praktyce przedewszystkiem zawdzięcza swe istnienie, winna jej dopomagać, często służyć, a nadto przewodzić, stawiając ideały sanacyi, linie wytyczne, nowe kierunki i drogi, po których kroczyć ma praktyczna część higieny, t. j. higiena prywatna i publiczna. Ostatnia, którą przyrównaćby można do ciała złożonego z 4 pierwiastków: higieny lekarskiej, ekonomii społecznej, techniki i administracyi — znaczeniem swem ogólnospołecznem szczególniejszej powinna doznawać uwagi ze strony higienisty. Z medycyny i z higieny naukowej czerpie higienista wiadomości specyalne i zasady naukowe; ze znajomości stosunków ekonomicznych i miejscowych potrzeb zdrowotnych bierze pobudkę i kierunek pracy; z dwóch innych części składowych higieny publicznej: techniki i administracyi zapożycza sposoby i środki, które posłużyć mają do wprowadzenia w czyn tego, co uznał za słuszne, prawdziwe i możliwe. Zadowolenie moje z pracy o wartości desinfekcyjnej formaldehydu w zastosowaniu do mieszkań nie byłoby zupełnem, gdybym nie zastanawiał się i nie szukał przyczyn, utrudniających zastosowanie desinfekcyi do mieszkań, a zarazem nie poszukiwał środków, które do jej zastosowania winny posłużyć. Oto przyczyny, które zniewoliły mnie do opracowania zasad, niezbędnych przy organizacyi desinfekcyi mieszkań, sprawy nieco odległej od zadań doświadczalnej, naukowej higieny.

Wstępne te uwagi niechaj posłużą na moje usprawiedliwienie, że w dalszych wywodach zawadzę o niejedną rzecz, nie mającą związku bezpośredniego z medycyną lub higieną naukową.

Przed przystąpieniem do tematu winienem jednak wytłómaczyć jeszcze, dlaczego ograniczyłem się tylko do miast większych, a dla jakich powodów nie pragnę omówienia organizacyi desinfekcyi dla miasteczek i wsi. Uczyniłem to dla kilku przyczyn. Każda sprawa higieny publicznej, jeżeli ma przynieść rzeczywistą poprawę stosunków zdrowotnych, musi być przystosowaną do warunków miejscowych, a te wiadomo, inne są w miastach stołecznych, miastach większych, inne w miasteczkach lub na wsi. Jednym z najważniejszych czynników, wywierających wpływ na wszelkie organizacye prywatne i publiczne, jest stopień oświaty ludności i za nim idący stopień samorządu gminnego. I kwestya desinfekcyi po chorobach zakaźnych, leżąca już — to w zakresie działania władz rządowych, już też autonomicznych, odmiennej wymaga organizacyi w miastach większych, innej w miasteczkach i na wsi, tem więcej, jeżeli uwzględnimy rozmaity stopień przygotowania ludności i czynników samorządu do działania wspólnego z władzami, szczególnie lekarskiemi, na jakiemkolwiek polu higieny publicznej, a w szczególności w zwalczaniu chorób zakaźnych. Pod względem warunków wewnętrznych wogóle, a w szczególności zdrowotnych, miasta o własnym statucie, miasta większe, posiadające ustawę gminną z r. 1889, oraz miasteczka i wsie podzielić można na 2 kategorye: do pierwszej z nich zaliczymy 2 pierwsze rodzaje miejscowości, do drugiej miasteczka i wsie. Te dwie kategorye miejscowości same w sobie, tak co do składu, stopnia oświaty i sposobu życia ludności, jakoteż warunków higienicznych, przedstawiają wiele podobieństwa; dlatego też, zdaniem mojem, odmiennej wymagają organizacyi w niejednej kwestyi na polu higieny publicznej, a zatem i w sprawie desinfekcyi. Świadomy tego, że podział wyżej podany, jak wszelka systematyka w przyrodzie, ma w sobie nieco sztuczności, zamierzam w pracy niniejszej zaznaczyć jedynie zasady, któremi kierowaćby się należało przy organizacyi desinfekcyi w miastach większych. Jak zaś w jednem lub drugiem mieście najlepiejby można zorganizować desinfekcyę, zależeć będzie od dokładnego rozważenia wszystkich warunków miejscowych.

Wybrałem zaś miasta większe do omówienia w nich organizacyi desinfekcyi dla tej przyczyny, że znaczne nagromadzenie w miastach ludności na małej przestrzeni, łatwość i częstość stykania się przy zwiększonym ruchu handlowym, przemysłowym i towarzyskim większą sprowadzają sposobność zakażenia się, więc przenoszenia zarazy, aniżeli w miasteczkach i na wsi. Przeświadczenie, że w większych miastach prędzej dadzą się zamienić w czyn wymagania higieny, a zatem i racyonalna desinfekcya mieszkań, wobec większego zrozumienia tej sprawy przez ludność wielkomiejską i wpływ miarodajnych czynników na samorząd gminny, było obok większej sposobności do poznania, w jakim stopniu wykonuje się odkażanie mieszkań i do zaznajomienia się z warunkami odkażania mieszkań miast większych, dalszemi przyczynami, dla których ograniczyłem mój temat. Nie ograniczam się jednak już teraz do niego.

Wstępne badania przyrządów desinfekcyjnych, częstości i sposobu ich użycia w miasteczkach bliżej Krakowa położonych, wymiana myśli z lekarzami powiatowymi i miejskimi dają mi pewne wiadomości, które, rozszerzone wyni-

kiem kwestyonaryusza i uzupełnione obserwacyą własną warunków desinfekcyi na prowincyi pozwolą mi, spodziewam się, stworzyć w przyszłości zarys zasad organizacyi desinfekcyi dla miasteczek i stosunków wiejskich.

Do czego ma służyć organizacya desinfekcyi? czy jest to sprawa nie zorganizowana? czy wymaga wogóle organizacyi? Pytania te nasunęły się może niejednemu czytelnikowi przy przeczytaniu tytułu pracy niniejszej.

Rozpatrzmy się, jak się przedstawia wykonanie desinfekcyi mieszkań w Krakowie.

W październiku r. 1887 oddało miasto do użytku publicznego parowy przyrząd desinfekcyjny, umieszczony na folwarku miejskim nad Wisłą przy ul. Dajwór. Komora desinfekcyjna około 4 m^3 objętości, połączona z osobnym kotłem parowym, pomieszczona jest w osobnym budynku, rozdzielonym na 3 części: zakażona, odkażona i część dla kotła parowego. Przyrząd ten obsługuje jeden służący miejski, pełniący zarazem inne posługi i maszynista, zajęty przy jednej partyi parku Talarda. Dwa wozy, jeden dla rzeczy zakażonych, drugi dla odkażonych, służą dla przewiezienia, względnie odwiezienia rzeczy do mieszkań. Z powodu, że maszynista dopiero wieczorem jest wolny, odkażenie w komorze odbywa się późnym wieczorem, a rzeczy zabrane do desinfekcyi, wracają najwcześniej dopiero następnego dnia rano do rąk właścicieli, — najwcześniej, — bo nierzadko się zdarza, że przy małej ilości przeznaczonych do desinfekcyi rzeczy czeka służący, aż zbierze się ich więcej dla wypełnienia dosyć znacznej rozmiarami komory. Przetrzymywanie rzeczy, tak nieprzyjemne dla ich właścicieli, ma jednak pewne strony dodatnie: — desinfekcya wypada taniej, bo liczy się tylko część kosztów jednorazowego puszczenia w ruch przyrządu desinfekcyjnego, za które ze strony miasta obliczają 10 koron (nadto 1 kor. za przywiezienie i odwiezienie rzeczy) — nie przyczynia się jednak do spopularyzowania desinfekcyi pośród ludności. Przyrząd ten pracuje na wezwanie osób prywatnych za wyżej oznaczone wynagrodzenie, a za darmo na wezwanie fizykatu miejskiego, — nietylko dla Krakowa, lecz i dla gmin obcych. Prócz desinfekcyi parą nadających się przedmiotów, ze strony miasta wykonuje się desinfekcyę mieszkań przez bielenie ścian, skrapianie ścian i podłóg roztworem karbolu, wietrzenie mieszkań i sprzętów, ścieranie ich ścierką namoczoną w roztworze karbolu, wzgl. sublimatu, od niedawna przez spalenie pastylek paraformaldehydu w zwykłym „Aeskulapie“ Scheringa, a w ostatnich kilkunastu tygodniach przez stosowanie formaliny w przyrządach Flüggego i Prausnitza. Do czynności tej wydelegowano sierżanta straży pożarnej, któremu do pomocy dodano starego sybiraka, obecnie sługę miejskiego.

Wobec braku zapisków, prowadzonych ze strony miasta, desinfekcyi mieszkań liczbowo oznaczyć nie mogę. Pewnego pojęcia o częstości desinfekcyi mieszkań ze strony miasta możemy jednak nabrać już z porównania stopy ogólnej śmiertelności z powodu chorób zakaźnych do czasu, w którym wymienieni funkcyonaryusze gminy wykonywują desinfekcyę pobocznie obok swego zajęcia. W Krakowie umiera przeciętnie na choroby zakaźne przeszło 900 osób na rok. Jeżeli odliczymy od tego połowę śmiertelności, przypadającej na szpitale krakowskie, gdzie ubrania, w których chorzy przybyli do szpitali, poddaje się odkażeniu parą, pozostaje do wykonania około 400 desinfekcyj li tylko w przypadkach śmierci. Ponieważ przy dotychczas ogólnie jeszcze stosowanym sposobie odkażania Guttmanna Merkego, ogłoszonym rozporządzeniem Namiestnictwa galicyjskiego z 24 września 1887 r., nawet w mieszkaniach ludności niezamożnej wykonać można przy dokładnem uskutecznieniu 3—4, a pośród ludności zamożniejszej 2 desinfekcye dziennie w ciągu 8 godzin dosyć intenzywnej pracy, staje się jasnem, że owi 2 funkcyonaryusze miejscy, pełniąc czynność desinfektorów miejskich tylko ubocznie, niebyliby w możności dopełnić jej nawet wobec przypadków chorób zakaźnych, zmarłych na mieście. A przecież wielu chorych, zanim uda się do szpitala, zakaziło już mieszkanie, a również znacznie większa liczba chorych zakaźnych, bo kilka razy przekraczająca śmiertelne przypadki, powraca do zdrowia. Porównanie to samo przez się dowodzi, że desinfekcyę mieszkań ograniczono ze strony miasta do względnie nielicznych tylko przypadków w stosunku do ogólnej chorobliwości na choroby zakaźne, kwalifikujące mieszkania do odkażenia, pozostawiając widocznie resztę inicyatywie lekarzy i dobrej woli publiczności. Stwierdzają to lekarze, szczególnie pedyatrzy, którzy w swej praktyce, obfitującej przeważnie w chorych zakaźnych, nie spotykają się z desinfekcyą mieszkań ze strony miasta mimo doniesienia do biura fizykatu o chorobie zakaźnej. Władze miejskie ograniczają się tylko do odkażania mieszkań ludności najuboższej i tam, gdzie przeniesienie zarazy przy znacznem nagromadzeniu ludności, np. w szkołach, większem grozi niebezpieczeństwem dla zdrowia publicznego. Przemawiają za tem zapiski, odnoszące się do desinfektora parowego. Wykonane na koszt gminy odkażanie parą odnosi się najczęściej tylko do cholery, ospy, duru plamistego, bardzo zaś rzadko do płonicy, gruźlicy i to dotyczy takich mieszkań, jak stróża szkolnego i t. p. Miarę, w jakim stopniu stosuje się w Krakowie desinfekcyę wogóle i w szczególności z urzędu daje tablica I-sza, w której obok ogólnej ilości wykonanych desinfekcyi w przyrządzie parowym w poszczególnych latach od r. 1891, rozdzielono ilość tę według zapotrzebowań prywatnych i urzędowych. Ilość desinfekcyj przeciętnie nie przekracza liczby 50 na rok; jedynie tylko w r. 1892—3- i 4 w czasie panującej cholery i w 1893 — ospy liczba przekracza 100, a nawet w r. 1894 dochodzi do 223. Zapotrzebowanie desinfekcyi parą przez urząd lekarski w Krakowie wogóle nie wielkie, — przeciętnie około 20 na rok; — powyższy jednak wzrost ogólnej liczby desinfekcyj w latach 1892—4 odnosi się do zwiększonego używania desinfektora z urzędu. W przytoczonych w tablicy I-ej liczbach mieszczą się obok desinfekcyi z powodu różnych chorób zakaźnych i naparzania przedmiotów nie będących w bezpośredniej styczności z chorymi zakaźnymi, albo jedynie o to podejrzane, jak ubranie z tandety (w r. 1892), zaplugawione koce z aresztów miejskich, szmaty z gazowni, lub też przedmioty oddane do desinfekcyi bez przyczyny („tak“), po zmarłych na „starość“, raka i t. p., przez co naturalnie ogólna ta liczba odkażań z powodu chorób zakaźnych jeszcze zmaleje. Porównywując w poszczególnych latach ilość desinfekcyi parą z ogólną śmiertelnością z powodu chorób zakaźnych w Krakowie, znajdziemy nawet bez odliczenia desinfekcyi z innych przyczyn — (nie dla zakaźności) — i przy zredukowaniu śmiertelności do połowy (szpitale) ogromny niestosunek, świadczący o stopniu zaniedbania u nas desinfekcyi. Niestosunek

Tablica I-sza.

Działalność miejskiego desinfektora parowego w stosunku do zapotrzebowań prywatnych i z urzędu.

Rok	Liczba wykonanych desinfekcyj	Na wezwanie		Uwagi.
		stron prywatnych	fizykatu miejskiego	
1891	45	20	25	
1892	171	73	98	Ubrania tandeciarzy 21 razy.
1893	142	35	107	
1894	223	43	180	
1895	75	57	18	
1896	47	44	3	Niektóre z gmin obcych.
1897	42	31	11	5 razy dla gmin obcych.
1898	42	41	1	
1899	46	29	17	
1900	55	23	32	
1901	50	30	20	

ten szczególnie uwidocznia się przy rozdzieleniu zapotrzebowań desinfekcyi po tych chorobach, w których zakaża on pościel, ubranie i według doświadczeń dotychczasowych nadawały się do odkażania jedynie parą. Pragnąc bliżej zapoznać się ze stopniem zastosowania w Krakowie desinfekcyi parą po odrze, płonicy, błonicy, gruźlicy, durze plamistym i brzusznym, najczęstszych chorobach zakaźnych, a zarazem najwięcej zakażających pościel, ubranie i mieszkanie, rozdzieliłem liczby wykonanych desinfekcyj parą w tych chorobach według poszczególnych lat od r. 1892 i porównałem ją z liczbą śmiertelności ogólnej w Krakowie w tymże czasie, ze śmiertelnością w szpitalach krakowskich, leczących zarazem wielu obcych i z liczbą wyzdrowiałych, co do których wobec braku statystyki miejskiej w tym kierunku posłużyć się mogłem tylko statystyką szpitali. Jakkolwiek statystyka ta nie daje prawdziwego obrazu stosunku śmiertelności do wyzdrowień w poszczególnych chorobach w okolicy, z której szpitale czerpią swych chorych, ograniczając się przeważnie do ludności uboższej, a zatem żyjącej w gorszych warunkach higienicznych i przeciętnie mniej dbałej o leczenie choroby w okresie początkowym, a przez to obfitującej w większą śmiertelność, daje ona jednak pewien pogląd na ten stosunek. (Ciąg dalszy nast.).

II. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu (Prof. Dr. Pasternacki).

Przypadek niezwykłego połączenia tętnicy głównej z tętnicą płucną.

Podał
Dr. med. Witold Orłowski
Ordynator kliniki.

(Ciąg dalszy).

Zanim przejdę do opisu wyniku sekcyi, zastanowię się nad rozpoznaniem klinicznem tego przypadku. Najwybitniejsze zmiany, dla których chora wstąpiła do kliniki, dotyczyły niewątpliwie serca. Tu znaleźliśmy: 1) przerost prawej, w mniejszym stopniu lewej komórki; 2) wybitne tętnienie i bardzo wyraźny mruk koci w 2-giem międzyżebrzu; 3) niezwykłe objawy przysłuchowe, mianowicie w okolicy tętnicy głównej słaby szmer rozkurczowy, którego natężenie wzmagało się ku stronie lewej; w okolicy tętnicy płucnej szmer skurczowy przy zachowanym dźwięku pierwszym i niezwykle wzmożony 2-gi dźwięk z następowym wyraźnym szmerem rozkurczowym; szmer skurczowy szerzył się na znaczną przestrzeń ku górze; ku stronie lewej szmer rozkurczowy malał w miarę oddalenia od miejsca osłuchiwania tętnicy płucnej; 4) pasmo stłumienia w kształcie nieprawidłowego czworokąta, który rozpoczynał się od obojczyka, przebiegał wązką wstęgą na szerokość 6 ctm. (3 palców) tuż przy mostku po stronie lewej do 3 żebra, gdzie zlewał się ze stłumieniem, pochodzącem od serca. Najwybitniej ze wszystkich tych objawów występował niezwykle silnie wzmożony dźwięk drugi nad tętnicą płucną. To wzmożenie wskazywało w myśl panującego poglądu Škody na znaczne podniesienie ciśnienia krwi w małem krążeniu. Należało więc przedewszystkiem szukać przyczyny, która wywołała to wzmożenie ciśnienia. Do takich czynników należą schorzenia zastawki dwudzielnej i stany chorobowe miąższu płuc i opłucnej. Szczegółowe badanie serca jednak nie wykazywało żadnych zaburzeń, któreby przemawiały za stanem patologicznym zastawki dwudzielnej; zmiany zaś w płucach o cechach zapalnych wystąpiły dopiero w dalszym przebiegu choroby, mianowicie w 5-tym dniu pobytu chorej w klinice. Wobec tego nasuwała się myśl, że znaczne wzmożenie ciśnienia krwi w małem krążeniu zostało wywołane przez przedostanie się krwi do tętnicy płucnej od zewnątrz, mianowicie z tętnicy głównej, gdzie krew znajduje się pod znacznie większem ciśnieniem, innemi słowy rodziło się przypuszczenie połączenia między temi dużemi pniami tętniczemi. Należało jednak bliżej oznaczyć rodzaj tego połączenia. Podobne połączenie bowiem może być następstwem: 1) wadliwego zarodkowego rozwoju omawianych naczyń, 2) pęknięcia tętniaka tętnicy głównej do tętnicy płucnej, 3) niezarośnięcia przewodu tętniczego Botalla. Co się tyczy przyczyny pierwszej, to jak poucza embryologia, początkowo z serca wychodzi tylko jeden pień tętniczy, t. zw. pień tętniczy wspólny, (*truncus arteriosus communis*); w dalszym okresie zarodkowym pień ten dzięki wytworzeniu się przegrody rozdziela się na dwie gałęzie: tętnicę płucną i tętnicę główną; w niektórych jednak razach prawidłowy bieg rozwojowy zatrzymuje się, a przegroda, rozdzielająca tętnicę główną od tętnicy płucnej, pozostaje przedziurawioną w jednem lub kilku miejscach; te właśnie ubytki w ścianie (najczęściej w kształcie okrągłego lub trójkątnego otworu), łączą między sobą oba naczynia. Podobnych przypadków wrodzonego połączenia między tętnicą główną a tętnicą płucną posiadamy w piśmiennictwie w obecnej chwili zaledwie 7 (Wilks[2]), Baginsky[1]), Caesar[2]), Elliotson[3]), Fraentzel[4]), Girard[5]); przypadku Cazina[6]) nie uwzględniłem, tu bowiem sekcya dokonaną nie była; w przypadku Rickardsa[7]) było jednocześnie połączenie w ścianie międzykomórkowej. Jakkolwiek większa część omawianych przypadków przypada na dziecinne lata (od 4 miesięcy do 9 lat), to jednak wiek naszej chorej nie

[2]) Przytaczam według rozprawy Cazina.

sprzeciwia się przypuszczeniu możliwości takiego połączenia między tętnicą główną a tętnicą płucną na podstawie zatrzymania w rozwoju tych naczyń. Fraentzel bowiem spostrzegał podobne połączenia u osoby 25-letniej, a Girard jeszcze w wieku późniejszym, bo u chorego 38-letniego. W naszym jednak przypadku przypuszczenie takiego połączenia na podstawie niedokładnego rozwoju wrodzonego traci na swej sile, gdy sobie uprzytomnimy, że chora nasza w dzieciństwie i w wieku późniejszym czuła się zdrową, nie ulegała sinicy, duszności, ściskaniu w piersiach, skłonności do obrzęków i innych objawów, które spostrzegano przy omawianem połączeniu u chorych, już to we wczesnem dzieciństwie, już to w pierwszych miesiącach życia (Caesar), już to wreszcie zaraz po urodzeniu się (Elliotson, Wilks).

Zdawałoby się, że i druga możliwość połączenia między tętnicą główną a tętnicą płucną, mianowicie pęknięcie tętniaka tętnicy głównej do światła tętnicy płucnej mało ma za sobą prawdopodobieństwa. Przypadki takie spostrzegano nieraz; piśmiennictwo tego przedmiotu zostało omówione w wyczerpującej pracy Brocqa[8]), dokąd odsyłam życzących zapoznać się bliżej z tą sprawą. Tu tylko nadmienię pokrótce, że pęknięcie takie w przeważającej liczbie przypadków występowało nagle, wśród silnej duszności, bicia serca, krwioplucia, silnego osłabienia, nawet omdlenia i bardzo szybko, lub nawet bezzwłocznie kończyło się śmiercią. W nielicznych tylko przypadkach pęknięcie wytwarzało się powoli i nie zdradzało się groźnymi objawami. Nasza więc chora mogłaby być zaliczoną tylko do tej ostatniej kategoryi; atoli jeden objaw przeczy, ażeby to połączenie miało miejsce na tej drodze. W istocie stwierdziliśmy, że w naszym przypadku przeważał przerost prawej komórki, lewa zaś była przerosłą tylko w nieznacznym stopniu; tymczasem w razie wtargnięcia pękniętego tętniaka tętnicy głównej do światła tętnicy płucnej spostrzega się stan odwrotny i tylko wtenczas, gdy zejście śmiertelne następuje nie natychmiast, lecz po upływie kilku miesięcy, przerost prawej komórki występuje na pierwszy plan; w tych razach jednak lewa komórka przedstawia się zawsze znacznie przerosłą. Objaw ten dotychczas mało był uwzględniany; tymczasem ma on doniosłe znaczenie w rozpoznaniu różniczkowem.

Odrzuciwszy w ten sposób dwie możliwe przyczyny połączenia tętnicy głównej z tętnicą płucną, musieliśmy się zastanowić ostatecznie nad 3-cią, mianowicie nad niezarośnięciem przewodu tętniczego Botalla. Za tem przypuszczeniem przemawiały następujące wskazówki: 1) przerost prawej komórki, wywołany znacznem podniesieniem ciśnienia krwi w tętnicy płucnej wskutek przedostawania się do niej krwi z tętnicy głównej; 2) nieznaczny przerost komórki lewej, spowodowany większą ilością krwi, dopływającej z płuc przez żyły płucne w razie niezarośnięcia przewodu tętniczego Botalla; 3) pasmo stłumienia, rozpoczynające się od obojczyka i przebiegające ku dołowi po stronie lewej mostka, co, jak wykazał Gerhardt[9]), jest znamiennym objawem niezarośnięcia przewodu Botalla. Jedynie wyniki osłuchiwania nie zupełnie odpowiadały tym objawom, które zwykle spostrzegamy w razie niezarośnięcia przewodu Botalla. W samej rzeczy w przeważnej liczbie przypadków ma się słyszeć w 2-gim lewym przestworze międzyżebrowym szmer skurczowy, powstający wskutek przelewania się krwi podczas skurczu serca z tętnicy głównej do tętnicy płucnej przez stosunkowo wązki przewód. Szmer ten jest zwykle bardzo silny, daje wyraźny mruk koci i udziela się ku koniuszkowi serca, przenosi się ku 2-giemu międzyżebrzu prawemu do tętnic dogłowowych i podobojczykowych, przeważnie po stronie lewej (Bernutz[10]), Gerhardt) i wreszcie (François-Franck[11]) słyszy się go często i na tylnej powierzchni klatki piersiowej, w przestrzeni międzyłopatkowej po stronie lewej od kręgosłupa, na wysokości 3 i 4 kręgów piersiowych. W niektórych przypadkach oprócz silnego szmeru skurczowego słyszy się w 2-gim lewym przestworze międzyżebrowym i szmer rozkurczowy, wywołany bądź przez tętniaka tętnicy płucnej i niedomykalność, oraz sprawę wrzodziejącą na jej zastawkach (Foulis[12]), bądź przez ostre zapalenie zastawek tętnicy płucnej (Murray[12]), bądź wreszcie przez obecność w tętnicy głównej u otworu przewodu Botalla fałdu, który przeszkadza przedostaniu się krwi z tętnicy płucnej podczas skurczu serca i umożliwia podobne przejście podczas rozkurczu (Hochhaus[13]). Należy wreszcie pamiętać, że w niektórych przypadkach (Durozier,[11] Luys,[15]) Weber[3]) niezarośnięcia przewodu tętniczego Botalla żadnych szmerów zupełnie nie było wobec znacznej w tych razach szerokości światła przewodu. Nasz przypadek pod względem objawów przysłuchowych okolicy serca przedstawia się nieco odmiennie: wszystkie objawy niezwykłe były usadowione w 2-gim lewym przestworze międzyżebrowym, u brzegu mostka i w odległości 3-ch palców od niego, w miejscu najwybitniejszego tętnienia; tu osłuchiwaniem stwierdzaliśmy przy zachowanym pierwszym dźwięku szmer skurczowy, który wywoływał mruk koci i niezwykle wzmożony drugi dźwięk, z następowym wyraźnym szmerem rozkurczowym. Powstanie szmeru skurczowego łatwo można było sobie wytłómaczyć na podstawie znanych z piśmiennictwa przypadków przedostania się krwi podczas skurczu serca z tętnicy głównej do tętnicy płucnej przez wązki niezarośnięty przewód tętniczy Botalla. Silny szmer rozkurczowy, który, jak widzieliśmy, tylko w wyjątkowych razach był spostrzegany przy niezarośniętym przewodzie Botalla, wymagał innego tłómaczenia. Ponieważ umiejscowienie jego ściśle odpowiadało położeniu tętnicy płucnej i po za granicami zwykłego miejsca jej osłuchiwania znikał on prędko, należało więc przyczynę jego powstawania dopatrywać w miejscowych zmianach tętnicy płucnej, mianowicie w stanie chorobowym jej zastawek. Przypuszczenie takie miało punkt oparcia i w innych objawach, które wskazywały jednocześnie na złośliwy wrzodziejący charakter sprawy chorobowej. Istotnie chora jeszcze na 2 tygodnie przed wstąpieniem do kliniki poczęła gorączkować, a nie podobna było wykryć żadnych zmian anatomicznych, któremiby można było wytłómaczyć tę gorączkę. Oprócz tego od samego początku spostrzegaliśmy zmiany w moczu, które wskazywały na ostrawe krwotoczne zapalenie nerek *(nephritis haemorrhagica subacuta)*. Nie było również żadnych wskazówek ani w wywiadach, ani w zachowaniu się krwi dla wytłómaczenia wybitnego obrzęku śledziony. Obrzęk ten atoli można było sobie również wytłómaczyć, przynajmniej w znacznej mierze, w razie przypuszczenia złośliwego wrzodzejącego zapalenia wsierdzia *(endocarditis ulcerosa maligna)*. Możnaby łączyć z tą sprawą proces zapalny w płucu, który rozwinął się podczas

[3]) Przytaczam podług Gerhardta.

pobytu chorej w klinice. Złośliwe wrzodziejące zapalenie wsierdzia stwierdza wreszcie i ta sprawa, która wystąpiła na 2 dni przed śmiercią chorej i przyspieszyła jej zgon, mianowicie zapalenie opon mózgowych, które przebiegało śród silnej gorączki, uporczywych bólów głowy, wymiotów i utraty przytomności. Wobec wyżej wymienionego charakteru sprawy podstawowej zapalenie opon mózgowych było wyrazem zakażenia gnilnego.

Tym sposobem przyszliśmy w naszym przypadku do rozpoznania: *Endocarditis ulcerosa maligna in valvulis art. pulmonalis. Ductus arteriosus Botalli persistans.* Wiek chorej nie sprzeciwiał się temu rozpoznaniu, chorzy bowiem z niezarośniętym przewodem tętniczym dochodzili i późniejszego okresu życia (przypadek Josefsowa[12]) 66 lat, Luysa 52, Dariera[16]) 51, Walshama[12]) 47, Hilton Faggea[12]) 42, Duroziera 41, Murraya 36, Babingtona[4]) 34, wreszcie Gibsona[17]) 31).

Pozostawały jeszcze do wytłómaczenia 2 zjawiska, które spostrzegano u naszej chorej, mianowicie szmer rozkurczowy w okolicy osłuchiwania tętnicy głównej i dźwięczenie tętnic obwodowych. Objawy te towarzyszą, jak wiadomo, niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej. Przeciw temu przypuszczeniu mieliśmy poważne względy: 1) szmer rozkurczowy był słaby i mógł być uważany za udzielony z tętnicy płucnej; 2) przerost lewej komórki był nieznaczny; 3) objawy wysłuchowe nad tętnicą dogłowową i podobojczykową odpowiadały temu, co spostrzegano w razie niezarośnięcia przewodu tętniczego Botalla; 4) brak tętna chybkiego. Ponieważ wszystkie te objawy zgodnie wytłómaczyło wyżej przytoczone rozpoznanie, dźwięczenie zaś tętnic obwodowych spostrzegano nieraz i w razie ostrego zapalenia wsierdzia, więc przypuszczenie niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej zostało przez nas odrzucone.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy dworu Prof. Dra Rydygiera we Lwowie.

Przecięcie nerki *(sectio renis)*,

jako zabieg leczniczy w t. zw. *„néphralgie hématurique“* i jako pomocniczy środek rozpoznawczy.

Napisał

Dr. M. W. Herman,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Doświadczeń jednak, ściśle odnoszących się do sprawy wpływu przecięcia nerki (*sectio renis*) na jej stan — nie wiele. Odszukałem jedynie w pracy M. Wolffa krótką wzmiankę, że wykonał na 5-ciu zwierzętach w odstępach 8—4 tygodniowych obustronną nefrotomię, że zwierzęta zabieg ten dobrze zniosły i że po zabiciu ich w parę lat nawet później znalazł w nerce jedynie linijną bliznę, a żadnych innych zmian. Wynik tych doświadczeń pozostaje w pewnej dysharmonii z większością doświadczeń klinicznych, które poprzednio przytoczyłem. Podjąłem żatem szereg doświadczeń w pracowni doświadczalnej naszej kliniki, wziąwszy sobie za cel wykazanie jedynie wpływu rozcięcia nerek na ich tkankę gruczołową. Operowałem ściśle aseptycznie i jak większość badaczy, obrałem drogę przez jamę brzuszną, jako prostszą i ze względów na aseptykę pewniejszą. W streszczeniu podaję protokóły z doświadczeń*).

1) Czarna suka, kudłata. Znieczulenie chloroformowe. Laparotomia 25/5 1901 i *sectio renis dextri*. Natychmiastowy szew na nerkę; po operacyi przez pierwsze dwa dni mocz krwawy. Pies swobodny. 29/5 1901 w nocy szwy na powłokach brzusznych puściły, wszystkie trzewia jamy brzusznej wyszły na zewnątrz. 30/5 pies zdechł. Rana nerki zagojona przez rychłozrost. Miedniczka szczelnie wypełniona skrzepem krwi, częściowo już odbarwionym. Na przekroju nerka niedokrewna, zwłaszcza w częściach przylegających do skrzepu, a obok tego liczne drobne zawały anemiczne i mięszane.

2) Suka-jamnik, bura. 29/5 laparotomia, *sectio renum (dextr. et sin.)*. Na nerki założono szew katgutowy, ciągły. Po operacyi przez pierwszy dzień pies oddaje mocz bardzo często i bardzo obficie, zmięszany z krwią. W następnych dniach zwierzę zdradzało objawy ciężkiego cierpienia, przeważnie leży, skąpo pije, nie je, bardzo nieznaczne drgawki. 5/6 zdechł. Nerka lewa zgojona przez rychłozrost. Na biegunie górnym nerki prawej szwy puściły. W otoczeniu tej nerki ograniczone ropne zapalenie otrzewnej, z nieznaczną jednakowoż ilością ropy. Obok tego kilka gramów moczu. W obu miedniczkach, jako też w pęcherzu, skrzepy krwi dawniejsze. Nerki na przekroju bardzo blade, z licznymi zatorami.

3) Pies czarny, kudłaty, młody. 31/5 1901 roku w znieczuleniu chloroformowem laparotomia, potem wycięcie nerki lewej, a przecięcie i natychmiastowe zeszycie nerki prawej. Po operacyi wyraźne ciężkie cierpienie. Moczy obficie krwią, częściowo skrzepłą, zupełnie nie chce jeść ani pić, drżenie mięśniowe. Zdechł 2/6 1901 r. Nerka bardzo blada, wzdłuż linii przekroju liczne drobne zatory, skrzep w miedniczce i pomiędzy powierzchniami przekroju. Pęcherz pusty.

4) Duży pies żółty. 15/6 laparotomia w znieczuleniu chloroformowem. *Sectio renum ambilateralis* i natychmiastowy szew. Wśród ciągłego oddawania z moczem obfitej ilości krwi jasno czerwonej i bardzo ciężkiego schorzenia, zginął 16/6 1901 r. W tym także przypadku jak i w poprzednich, sekcya wykazała skrzepy krwi, szczelnie wypełniające miedniczki, a w miąższu nerkowym te same zmiany makro- i mikroskopowe, co i poprzednio.

5) Mały pies, czarny. 17/6 *sectio renum ambilateralis et sutura renum (per laparotomiam)*. Wśród krwiomoczu i objawów ciężkiej niemocy, nie jedząc i nie pijąc i wśród kurczów drgawkowych tylnych odnóży pies zdechł następnego dnia. Sekcya z wynikiem zupełnie analogicznym jak poprzednio.

6) Mały pies czarny, prawe ucho przecięte. I w tym przypadku również przecięto obie nerki równocześnie. Wśród objawów takich samych, jak i pies poprzedni, zdechł następnego dnia po operacyi (19/6 1901). Sekcya wykazała te same zmiany, jak i w większości poprzednich przypadków.

7) Pies żółty, jamnik. 20/6 w znieczuleniu chloroformowem *sectio renis sinistri*, poczem nerkę zaszyto szwem katgutowym, ciągłym. Dnia 22/6 pies zdechł, a sekcya wykazała, że szwy w nerce rozluźniły się zupełnie. Nastąpił obfity krwotok do jamy brzusznej.

8) Młoda suka, krasa. 28/5 w znieczuleniu otworzono jamę brzuszną, przecięto nerkę prawą przez jej największą wypukłość aż do miedniczki, poczem po przystosowaniu przeciętych połów do siebie, założono dość powierzchownie ciągły szew katgutowy. Przez następujące $1^1/_2$ doby pies oddawał mocz stopniowo coraz mniej krwawy, poczem nie można było w zachowaniu się zwierzęcia zauważyć cokolwiek patologicznego. Dnia 16/11 1901 r., a więc prawie pół roku po nefrotomii zachloroformowano psa na śmierć, a sekcya stwierdziła: nerka prawa o połowę prawie mniejsza niż lewa. W otoczeniu nerki prawej nieliczne zrosty tak, że blizną pooperacyjną przyrosła ona do sąsiedniej pętli jelita. Zrost wiotki. Przy bliższem oglądaniu stwierdza się, że blizna pooperacyjna przebiega łukowato na tylnej (grzbietowej) powierzchni nerki. Część nerki mieszcząca się poza blizną twarda, nierówna Na przekroju poprzecznym widzimy, że blizna po nefrotomii przebiega po promieniu od obwodu ku miedniczce. Cześć nerki leżąca ku tyłowi od blizny (czyli połowa grzbietowa nerki) wykazuje wysoki stopień zwyrodnie-

[4]) Przytaczam według Gerhardta.

*) Dla uniknięcia powtarzania się, dodaję wynik badania mikroskopowego po wyciągu z protokółów.

nia tkanko-łącznego, makroskopowo wygląda jak jedna blizna. Część zaś nerki leżąca ku przodowi od blizny (czyli połowa brzuszna) prócz rozprószonych ognisk tkankołącznych zmian wyraźniejszych nie przedstawia. Druga nerka znacznie większa, również żadnych zmian makroskopowych nie okazuje.

9) Pies mały, czarny i kudłaty. 19/6 *sectio renis sinistri*. Tak, jak w poprzednim przypadku, natychmiast po nefrotomii założono dokładny szew nerki. Po przemijających zwykłych zaburzeniach pies po wrócił zupełnie do zdrowia i dopiero 16/11 1901 r. został chloroformem zabity. I w tym przypadku na pierwszy rzut oka wpadała wyraźna i znaczna różnica w wielkości obu nerek. Nerka lewa otoczona wiotkimi zrostami i przyrosła blizną operacyjną w okolicy kręgosłupa, ułożona była w ten sposób, że miedniczką zwracała się ku powłokom brzusznym, a grzbietem ku kręgosłupowi. Po bliższem rozpatrzeniu się w stosunkach anatomicznych przekonałem się, że i tu tylna czyli grzbietowa połowa nerki uległa zupełnemu zwyrodnieniu tkankołącznemu. Przodkowa zaś połowa, czyli brzuszna, zachowała się niezmieniona.

10) Pies duży, biały. W ten sam sposób jak w dwu poprzednich przypadkach przeciąłem nerkę lewą dnia 22/6 1901 r. Pies przetrzymał operacyę, a w 5 miesięcy później, t. j. d. 22/11 1901 r. zabity został chloroformem. Zmiany anatomiczne nerek były i w tym przypadku niemal fotograficznie zgodne ze zmianami opisanemi w dwu ostatnich przypadkach. Pomijam zatem bliższy opis, nie chcąc się powtarzać.

Jak już poprzednio wspomniałem, obraz makro- i mikroskopowy w pierwszej seryi doświadczeń, do której zaliczam przypadki, w których psy ginęły w pierwszych dniach po operacyi, był tak zgodnym, że zadowolę się zanotowaniem jednego tylko przypadku. Jak już poprzednio w protokółach z doświadczeń zaznaczyłem, makroskopowo stwierdza się rozsiane, nieregularne zatory mięszane, a tkanka gruczołowa w najbliższem sąsiedztwie cięcia jest niezwykle blada. Na skrawkach, ściętych z całego przekroju poprzecznego nerki widzimy, że daleko od linii cięcia rozciąga się w obie strony tkanka obumarła (nekrotyczna): protoplasma komórek nie barwi się wcale, jądra jeszcze zabarwione, ale kształt ich bardzo nieregularny, częściowo rozpadają się. W tym samym zakresie w warstwie korowej kłębki uległy zwyrodnieniu. Prócz tego takież rozsiane ogniska obumarłe spotykamy zdala od linii przecięcia nerki. W otoczeniu ognisk obumarłych naciek drobnokomórkowy, przechodzący daleko w zdrową tkankę śródmiąższową. Prócz tego w częściach obumarłych spostrzega się bardzo charakterystyczny obraz: mianowicie tak w świetle kanalików, jako też w tkance między nimi, szeregują się długie pasma ciałek czerwonych, któremi kanaliki zostały niejako nadziane.

Takie same obrazy widziałem na wszystkich innych preparatach: w każdym przypadku linia przecięcia nerki otoczona była z obu stron strefą obumarłą. Czasami obumarcie sięgało dalej w jedną stronę niż w drugą; nigdzie jednak nie zajmowało całej połowy nerki, jakby się tego spodziewać należało z wejrzenia preparatów z drugiej seryi. Podobna zgodność obrazów mikro- i makroskopowych miała miejsce i w drugiej grupie doświadczeń, złożonej z trzech przypadków, w której badano nerki w $^1/_2$ roku mniej więcej po nefrotomii. W badaniu tem pomocnym mi był doc. Dr. P. Kučera. Za tę pomoc koleżańską dziękuję mu i na tem miejscu.

We wszystkich trzech przypadkach, jakby po jakimś zawale, część grzbietowa nerki zanikła, zamieniona w jedną bliznę. Nigdzie śladu z kanalików czy to prostych, czy też pokręconych, zachowały się jedynie kłębuszki Malpighiego, lecz wszystkie zwyrodniałe. Tkanka gruczołowa w części brzusznej nerki zachowana w stanie dobrym. Jedynie w najbliższem sąsiedztwie blizny widzimy zwyrodniałe kłębuszki, a częściowo i kanaliki. Lecz zdala od blizny przybłonek nigdzie nie zdradza objawów jakiegokolwiek zwyrodnienia, jedynie od blizny w głąb miąższu nerkowego, sięgając czasami aż pod zgrubiałą torebkę włóknistą, rozchodzą się promienisto pasma tkanki łącznej, w obwodzie których spotykamy tu i ówdzie naciek drobnokomórkowy, jako wyraz toczącego się jeszcze procesu chorobowego. W tej zatem pozornie mało zmienionej połowie brzusznej nerki mamy objawy śródmiąższowego rozsianego zapalenia nerek. Ponieważ zaś nerka psia nawet układem naczyń nie różni się wcale od nerki ludzkiej, mamy wszelkie prawo, aby z wynikiem tych doświadczeń liczyć się także i w patologii ludzkiej.

Przystępując do oceny tych wyników i próby wyciągnięcia z nich pewnych wniosków dla kliniki, oddzielnie traktować by trzeba pierwszą seryę doświadczeń, a oddzielnie drugą. Przystępując do tych doświadczeń, miałem na celu stwierdzić tylko, o ile podania Bartha i Braatza znajdą potwierdzenie. Zdawało mi się, że najlepszy dowód za lub przeciw da mi doświadczenie fizyologiczne, biologiczne, t. j. zachowanie się psa po obustronnej *sectio renum*. Chcąc zaś sobie pracę, a zwierzęciu bólów oszczędzić, przecięcie to wykonywałem obustronnie na jednem posiedzeniu. Niestety nie udało mi się z czterech, względnie pięciu psów, ani jednego utrzymać dłużej przy życiu.

Ztąd nasuwa się wniosek, że przecięcie (*sectio*) nerek, wykonane równocześnie obustronnie i śródotrzewnowo, jest zabiegiem bardzo poważnym i niemal zawsze śmiertelnym. Śmierć stanowczo nie następowała ze skrwawienia, a przyczyny jej szukać należy w znacznych zaburzeniach w czynności nerek, jakie po takiej operacyi wystąpić muszą. Nie miałem i nie mam zamiaru rozwodzić się dłużej w tej materyi; zauważyć chciałbym tylko jedno. We wszystkich tych przypadkach stwierdzałem sekcyjnie skrzep krwi, szczelnie wypełniający, a raczej tamponujący miedniczkę nerkową. Ten sam skrzep zamykał oczywiście i ujście moczowodu do miedniczki. Skutkiem tego wytwarzały się stosunki jak po obustronnem podwiązaniu moczowodów. Możnaby zatem w tych przypadkach przyjąć poprostu zupełny bezmocz i ztąd wynikającą mocznicę za przyczynę zejścia śmiertelnego. W zgodzie z takiem tłómaczeniem pozostaje fakt, że z jedynym wyjątkiem psy ginęły w pierwszych 48 godzinach po operacyi wśród zupełnego braku łaknienia i pragnienia, znacznego osłabienia i lekkich drgawek mięśniowych. Wyjątkiem był pies Nr. 2. Ten zginął dopiero 6-go dnia po *sectio renum ambilat*. Lecz w tym przypadku na sekcyi stwierdziłem, że szwy na biegunie górnym nerki prawej puściły i nerka wydzielała mocz do jamy otrzewnowej. Pierwotną przyczyną zła byłby zatem (oczywiście gdybyśmy przyjęli takie tłómaczenie) szew na nerce, który umożliwia wytworzenie się skrzepu w miedniczce. Operując jednak śródotrzewnowo, szwu pominąć nie można, inaczej bowiem zwierzę zginie z krwotoku, tak jak to w naszem doświadczeniu Nr. 7. Ten niekorzystny szczegół możnaby ominąć, operując zaotrzewnowo. Wówczas bowiem szew na przeciętą nerkę nie byłby koniecznym, a krwawienie opanowaćby można przez tamponadę, jak to zaleca J. Israel i dla ludzi w przypadkach nefrotomii, przedsiębranej z powodu bezmoczu zapalnego. W tym kierunku jednak nie robiłem doświadczeń, mając na oku jedyny cel stwierdzenia późniejszego wpływu przecięcia nerki na stan narządu, a spostrze-

żenie o ciężkości równoczesnej nefrotomii obustronnej nasunęło mi się mimochodem. Do zjawiska tego nie przywiązuję na razie większej wagi, boć i tak zdaje mi się, że i inni fakt ten stwierdzili. W sprawozdaniu z doświadczeń A. M. Dołgowa czytam np., że równoczesne zranienie połowy istoty rdzennej obu nerek jest „bezwzględnie śmiertelne“. Inni, którzy podobne doświadczenia przedsiębrali, nie piszą nigdzie wyraźnie o tem zjawisku. Lecz z tego, że w protokółach z doświadczeń zawsze jest wyraźnie zaznaczone, iż w razie rękoczynów na obu nerkach nie przedsiębrano ich nigdy równocześnie, lecz w odstępach kilku (3—4) tygodniowych, czegoby przecież bez wyraźnej przyczyny nie robili, wnosić można pośrednio, że i oni to samo doświadczenie zrobili. Nefrektomia wykonana po jednej stronie i równocześnie dodana nefrotomia po drugiej, równa się w rezultacie obustronnej *sectio renis*. Natomiast przecięcie obu nerek, ale dokonane w odstępie kilku tygodni, lub też *sectio renis* wykonana w pewien czas po wycięciu jednej nerki, kiedy pozostała nerka dzięki przerostowi pojedynczych pierwiastków pracowała już za dwie, jak to wykazują liczne doświadczenia laboratoryjne (Barth, M. Wolff) i kliniczne (J. Israel) jest zabiegiem, który ustrój znieść może łatwo i dobrze.

Z tego jednak nie wynika bynajmniej, aby owa *sectio renis* była zabiegiem choćby w tym stopniu mało znaczącym, jak np. próbne otwarcie jamy brzusznej. Zupełny zanik połowy nerki, stwierdzony przez Braatza klinicznie, a przez nas doświadczalnie, świadczy dowodnie, jak bardzo i w sposób naprawić się nie dający cierpi przy tem nerka. Z tym faktem w ten sposób stwierdzonym tem bardziej liczyć się musimy, że zkądinąd wiemy, iż wyrównujący przerost nerki w sposób prawidłowy i dostateczny dokonuje się tylko w nerkach zdrowych i u osobników młodych. W chorych nerkach i u starców to dobroczynne zjawisko może się zupełnie nie pojawić.

W całym tym długim wywodzie starałem się udowodnić, że:

1) przecięcie nerki (*sectio renis*, *nephrotomia in sensu stricto*) w stanach, które dziś mianujemy „*nephralgia*“, „*haematuria sine materia*“, „*nephralgie hematurique*“, nie będących prawdopodobnie niczem innem, jak przewlekłem śródmiąższowem zapaleniem nerek, jest zabiegiem zbytecznym i zastąpioną być może przez odsłonięcie nerki, lub co najwyżej przez t. zw. „*néphrodélibération*“, względnie częściową dekortykacyą nerki; że:

2) *sectio renis*, wykonywana w celach rozpoznawczych, bywa aż zbyt często niepewną i bałamutną, nawet wówczas, gdy ścinamy skrawki do badania mikroskopowego, a tem samem, zwlaszcza zaś w razie wyniku ujemnego, nie pozwala na żadne konkretne wnioski; że:

3) zupełne przecięcie nerki (typowa *sectio renis*) może być szkodliwą dla narządu, zdarzyć się bowiem po niej może połowiczy zanik nerki, który u ludzi wiekowych i wobec rzeczywistych zmian zapalnych w nerkach może pociągnąć za sobą jak najfatalniejsze następstwa; i wreszcie że:

4) jedynie w t. zw. „*surgical kidney*“ i w bezmoczu z powodu gwałtownego zapalenia nerek, nie ustępującego mimo stosowania zwykłych w takich przypadkach środków wewnętrznych, kiedy i tak nie wiele mamy do stracenia, takie rozległe przecięcie nerki może być stosowane.

Tak ograniczając wskazania dla tej w ostatnich dopiero latach zalecanej operacyi, znanej najlepiej pod nazwą *sectio renis*, nie miałem bynajmniej zamiaru uszczuplać pola dla nacięcia nerki (*incisio renis*), operacyi zresztą zupełnie różnej od przecięcia nerki (*sectio renis, nephrotomia*) i zupełnie inne mającej wskazania Przecięcie nerki, mające głównie na celu dostarczenie nam danych rozpoznawczych, powinno tak zniknąć, jak znika powoli laparotomia rozpoznawcza (*explorativa*).

W końcu poczuwam się do miłego obowiązku podziękować memu Szefowi Panu Radcy Dworu Prof. Drowi L. Rydygierowi za pomoc świadczoną mi w różnej formie w czasie pisania tej pracy.

Piśmiennictwo. 1. Albarran: Diagnostic des hematuries renales (Annal des mal des org. gen-urin. 1898, Nr. 5). 2. Antona D': Bericht über 32 Nephrotomien. (Intern. Congress zu Moskau 1896. Ref. w Ctrbl. f. Chir.) 3. Barth A: Ueber die histologischen Vorgänge bei der Heilung von Nierenwunden und über die Frage des Wiederersatzes von Nierengewebe (Langenbeck's Archiv f. klin. Chir T. 45 Z. I). 4. T. s: Nierenbefund nach Nephrotomie. (Langenbecks Archiv für klin. Chir T. 46, Z II). 5 T. s.: Zur Frage der diagnostischen Nierenspaltung. (Beilage z. Ctrbl. f Chir. 1900, Nr. 28, p. 122). 6. Bloch O.: Sur la résection du tissu rénal dans un but de diagnostic etc. (Revue de chirur. 1898 Nr. 6. Ref w Ctrbl. f Chir. 1898 Nr. 5). 7. T. s.: Ueber die diagnostische Nierenresection. (Intern. Congress zu Moskan 1897. Ref. w Ctrbl. f. Chir.). 8 Braatz E.: Zur Nierenexstirpation (Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. 48, Z. I). 9. T. s Zur operativen Spaltung der Niere. (Deutsche med. Wochenschr. 1900, Nr 10). 10. T. s: Ueber Nierenoperationen. (Beilage z. Ctrbl. f Chir 1901, Nr. 29, pp. 116). 11. Casper L: Die Verwerthung der functionellen Nierenuntersuchung f. die Diagnostik der Nieren-und Bauchchirurgie. (Ctrbl. für Chir. 1901, Nr. 44). 12. Denecke: Ein Fall von schwerer Nierenblutung nach Nephrolithotomie. (Festschrift etc. Braunschweig 1897). 13 Delbet P.: Calculs des deux reins etc. (Ref. w Centrbl. f Chir. 1899, Nr. 34). 14. Dołgow A. M: Zur Frage der Resection von Nierengewebe. (Wracz 1900, Nr. 41). (Ref. w Ctrbl. f Chir. 1901, Nr 3). 15. Fenwick E. H.: Renal papillectomy (Brit. med. journ. 1900, Februar 3. Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1900, Nr. 18). 16. Gerhardt D.: Zur Lehre von der Hämaturie (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. II). 17. Greiffenhagen W: Ueber die Nephrolithotomie vermittelst des Sectionsschnittes. (Laugenbeck's Archiv f. klin. Chir. T. 48, p. 932). 18. Grosglik S.: Krwawienie z nerek niezmienionych. (Medycyna 1897, Nr. 26—30). 19. T. s.: Ueber Blutungen aus anatomisch unveränderten Nieren. (Samml. klin. Vorträge N. F. Nr. 203). 20 Guyon: Sur l'obliteration spontanée de la plaise rénale dans les néphrotomies pour pyonephrose. (Ann. des malad. des org. genito-urin. 1892 Vol. X. Nr. 8 i 9). 21. Guyon et Albarran: Ueber die Nephrotomie. (Wien med. Blätter 1898, Nr. 44). 22. Guyon. Albarran, Le Dentu, Tédenat, Léonte, Reynier, Bazy, Tuffier, Pousson, Micheaux, Legueu, Delbet, Phocas, Jonnesco. De la nephrotomie. (Congr. francaise de chir. 17—22 Octobr. 1898 Ref. w Ctrbl. f Chir. 1899, Nr. 14). 23. Harrison: Treatement of some forms of Albuminuria by renipuncture. (Brit. med. Journ. 1896, 12 Octobr.) 24 Heister Laurentius: Institutiones chirurgicae 1739, p. 903 et 904. 25. Herczel E: Ueber Nierenoperationen. (Wiener Presse 1889. Nr. 42). 26. Hofbauer L: Ein Fall von zweijähriger unilateraler Nierenblutung. (Mitteil. a. d. Grenzgebieten T. V. Z 3) 27. Israel J.: Ueber Operationen und Diagnose der Nierensteine. (Berl. klin. Wochschr. 1891, Nr. 9). 28 T. s.: Ueber einen Fall von Nierenextirpation wegen Ureteritis. (Berlin. klin. Wochenschr. 1891, Nr. 27). 29 T. s.: Erfahrungen über Nierenchirurgie. (Langenb. Archiv T. 47, Z. 2). 30. T s.: Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten (Berlin. u. Hirschwalda 1901). 31. T. s.: Ueber den Einfluss der Nierenspaltung etc. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten. T V, Z. 3). 32. T. s.: Ueber den Einfluss der Parenchymspaltung auf Entzündungsprocesse der Niere. (102 Sitzung d. frei. Verein. d Chir. Berlins. Ref. w Ctrblt. f Chir. 1899, Nr. 31). 33. Jacobson W. H A.: Clinical remarks on the symptoms and conditions which justify nephrolithotomy. (Brit. Journ. 1890, Jan. 18). 34 Johnston G B. Splitting the Kidney capsula for the relief. of nephralgie. (Med. News-York Journ 1897, Jan. 30). 35. Keyes E. L. Nephrolithotomy etc. (New-York Record 1890, Febr. 8). 36. Klemperer: Ueber Nierenblutungen bei gesunden Nieren (Deutsche med. Wochschr. 1897. Nr. 9 u. u. 10). 37. Konieczny S: Nephrotomie. Ein Beitrag zur Casuistik der chirurgischen Behandlung der Nierensteine. Leipzig 1901. 38. Korteweg J. A.: Die Indicationen zur Entspanungsincision bei Nierenleiden. (Mitteil a. d. Grenzgb. T. TIII. Z. 4 i 5). 39. Kümmel H. Practische Erfahrungen über Diagnose und Therapie der Nierenkrankheiten. (Langenbecks Archiv T. 64, Z. 3). 40. Küster E: Die Nierenchirurgie im XIX Jahrhundert. (Langenbecks Archiv T. 64, Z. 3). 41. Lambert O.: De l'incision liberatrice de la capsule propre du rein. (Revue de Chirurg. 1897, Nr. 3. Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1897, p. 771). 42. Malherbe A. et F. Legueu: Des hematuries essentieles. (Assoc. franc. d'urologie IV, 1899). 43. Miller A. G.: Three cases of nephrotomy. (Edinburg. Journ. 1898 Jan

44. Morris H.: The Hunterian lectures on the surgery of the Kidney. (Brit. med. Journ. 1898, March. 26). 45. Obaliński A. Nefrotomia z powodu kamienia nerki. (Przegląd lek. 1896, Nr. 45). 46. Pel P. K.: Nierenentzündung (M. Brightii) vor dem Forum der Chirurgen. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. T. VIII. Z. 4 i 5). 47. Pousson: Influence de la distension du rein sur la congestion et la saignement de cet organe. (Assic. franc. d'urologie IV, 1899). 48. T. s.: Ueber chirurgische Eingriffe bei gewissen Formen von Nephritis. (Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1900, Nr. 1 z IV Congr. Associat. franc. d'urologie 1899). 49. Rovsing Ph.: Ueber unilaterale Haematurie zweifelhaften Ursprungs und ihre Heilung durch Nephrotomie. (Ctrbl. f. d. Krankh. d. Harn u. Sexualorg. T. IX. Z. 11 i 12). 50. Rust J. N.: Nephrotomia. (Art. Kesslera w Theoretisch-praktisches Handbuch der Chirurgie). 51. Sabatier: Néphralgie hematurique etc. (Revue de chirurg. T. IX. Z. 1). 52. Schede: Verletzungen und Erkrankungen der Nieren und Harnleiter. (Handbuch d. praktisch. Chirurg. 1901, III. 2). 53. Shepherd F. J.: The subsequ. history of a case of nephrectomy etc. (New-York Record 1890, Aug. 2). 54. Stankiewicz: Wycięcie nerki z powodu krwiomoczu 5 lat trwającego. (Pam. Tow. lek. Warszaw. 1897, p. 1090). 55. Stavely: Two cases of Haematuria with catheterisation of Ureters and exploratory nephrothomy. 56. Swain and Wippte: A series of renal cases etc. (Lancet. Dec 13, 1890). 57. Wolff Max: Die Nierenresectionen und ihre Folgen. (Berlin u Hirschwalda 1900). 58. Zondek: Das arterielle Gefässystem der Niere und seine Bedeutung f. d. Nierenchirurgie. (XXVIII. Congr. d. deutsch. Geselsch. f. Chir. Berlin 1899).

IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Przypadek rzadkiej wady rozwojowej.

Podał

Dr. Czesław Waligórski

lekarz okręgowy w Rożniatowie.

Dnia 6 lutego b. r. przywiózł do mnie H. S. z R. pow. kałuskiego swego 4-tygodniowego synka w celu podcięcia mu „przyrośniętego od urodzenia języka“.

Przy oględzinach stwierdziłem, że język był przyrośnięty, nie jak to najczęściej spotykamy skutkiem nieprawidłowej krótkości więzadełka do dna jamy ustnej, lecz górną swą powierzchnią do podniebienia twardego w ten sposób, iż koniec języka był zrośnięty na przestrzeni 1 ctm. z błoną śluzową dziąsła górnego w miejscu, odpowiadającem zębodołom zębów siecznych, następnie zrost ten rozszerzał się ku tyłowi na podniebienie twarde na 2 ctm., tworząc tu trójkąt, zwrócony wierzchołkiem w kierunku podniebienia miękkiego.

Dziecko w najwyższym stopniu wynędzniałe, ssać oczywiście zupełnie nie mogące, odżywiane do tej pory z wielką trudnością mlekiem wlewanem łyżką. Próba, przedsięwzięta przezemnie w tym kierunku, wykazała, iż dziecko w ten sposób karmione, przyjmuje wśród objawów duszenia się tylko bardzo nieznaczną ilość mleka.

Wobec tych stosunków przedstawiłem rodzicom konieczność wykonania operacyi, zwróciłem jednak równocześnie ich uwagę, że ze względu na wysoki stopień wyniszczenia dziecka i możliwy w czasie zabiegu znaczny krwotok, skutek operacyi co do życia wcale nie jest niepewny, bez operacyi zaś dziecko żyć wcale nie może.

Za zgodą rodziców przystąpiłem więc do operacyi, z wielką oczywiście niechęcią, raz ze względu na miejscowe stosunki, na brak koniecznej w takich przypadkach pomocy drugiego kolegi, a powtóre, iż wspomniany nędzny stan sił małego pacyenta, dający mało widoków co do życia, wcale nie zachęcał mnie do czynnego wystąpienia.

W celu rozwarcia szczęk i odsłonięcia pola operacyjnego przesunąłem z wielką trudnością poza zrost języka cienki wałek drewniany, owinięty gazą, a następnie od dziąsła zacząłem oddzielać zrost tuż przy podniebieniu. Zaraz po pierwszem cięciu wystąpił dość znaczny krwotok z tętnicy grzbietowej języka, który po podwiązaniu więcej się nie powtórzył; przez cały jednak czas dalszego oddzielania zrostu krwawienie miąższowe było tak znaczne, a krew wylewała się nosem i do jamy ustnej w tak wielkiej ilości, iż miałem bardzo poważne obawy skrwawienia się pacyenta przed ukończeniem operacyi. Po dokonanem zupełnem oddzieleniu zrostu, w celu zatamowania krwotoku czysto miąższowego kazałem dziecko natychmiast przyłożyć do piersi, ale niestety ten najracyonalniejszy w takich przypadkach sposób tamowania krwawienia zawiódł mnie; matka dziecka bowiem skutkiem niekarmienia do tej pory pokarmu prawie wcale nie miała, a i brodawka sutkowa wadliwie była rozwinięta. Wkładałem więc twardo zwinięte waciki, napojone mlekiem przegotowanem, które dziecko bardzo chętnie ssało. Po upływie półtora godziny, upewniwszy się, iż krwawienie zupełnie ustało, pozwoliłem dziecko odwieźć do domu, przypisawszy do przemywań rozczyn kwasu borowego.

Od tego czasu widziałem to dziecko 3 razy, poraz ostatni 9. kwietnia; rana tak na powierzchni języka, jak na dziąśle i podniebieniu dobrze zabliźniona, dziecko rozwija się prawidłowo, ma wejrzenie zdrowe.

Tu dodaję jeszcze, iż rodzice dziecka zdrowi, wad rozwojowych nie okazują, mają jeszcze jedną, o 8 lat starszą córeczkę, również bez jakichkolwiek wad rozwojowych. Dziedziczności zatem wykazać nie mogłem, a ostatnia ciąża matki miała mieć przebieg zupełnie prawidłowy.

Znane dotąd i opisane wady rozwojowe języka u osobników zresztą dobrze rozwiniętych są: wrodzony brak języka (*aglossia* Jussieu, Förster); bardzo rzadko język mały (*microglossia*), jak również język rozłupany (*schistoglossia*); język podwójny (jeden nad drugim Albert) i język przerosły (*makroglossia* — raczej jako sprawa patologiczna) a nadto powszechnie znane, dość częste nieprawidłowe skrócenie więzadełka (ankyloglosson). O przypadku podobnym do opisanego przezemnie nigdzie w dostępnem mi piśmiennictwie wzmianki nie napotkałem i z tego powodu do wiadomości go podaję.

V. Wyciągi.

Dr. S. Schoenborn. **Przyczynek do klinicznej obserwacyi odruchów skórnych i ścięgnistych dolnej części ciała.** (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde* 1902, 21. Band, 3-tes und 4-tes Heft). W krótkim wstępie mówi autor o pracach Erba-Westphala, później Jendrassika, którzy doprowadzili całą naukę o odruchach do tego stanu, w jakim ją obecnie mamy. Czasy nowsze dorzuciły jeden tylko praktycznie ważny odruch Babińskiego. Sprawa jednak teoretyczna odruchów, ich umiejscowienie w układzie ośrodkowym nerwowym, jest jeszcze zupełnie ciemna.

W pracy niniejszej podaje autor wyniki badań swoich na przeszło 100 osobach zdrowych i na sporej liczbie chorych. Przy badaniach odruchu kolanowego na ścięgnie mięśnia czworogłowego uda poleca autor sposób Jendrassika z modyfikacyą: badający staje po stronie prawej chorego, podaje lewą rękę choremu z nakazem, żeby ją ścisnął, a tymczasem bada w zwykły sposób odruch, uderzając słuchawką, ręką lub czemś podobnem w ścięgno mięśnia. Kontrolowania skurczów mięśnia czworogłowego ręką, jak poleca Bernhardt, nie uważa za sposób lepszy od wyżej podanego, jak również podpieranie ręką uda przez samego badanego.

Ze zmian w zachowaniu się tego odruchu w różnych przypadkach uważa autor za stosowne podnieść to, że w schorzeniach rdzenia poprzecznych odruch ten może być obecny, lub nie. Zapatrywanie Brauera i Bastiana, że w wysoko umieszczonem zapaleniu rdzenia brak tego odruchu wskutek podwyższonego ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, nie jest pewne. Brak odruchu kolanowego jest stanowczo objawem chorobowym, w czem zgadza się z pracami Pelizaeusa, który odruchu tego nie znalazł jedynie w 0·04% u zdrowych. W niepowikłanym wiądzie rdzenia odruchy kolanowe, gdy raz zginą, nigdy nie wracają. Często jednak nie dadzą się wywołać, aż wpływ hamujący mózgu ustąpi (przypadek Westphala, który spostrzegał powrót odruchów po porażeniu połowiczem u chorego z wiądem, po stronie porażonej), albo w przypadkach skombinowanych, gdzie obok wiądu rdzenia znajduje się jakaś inna sprawa chorobowa, np. zapalenie opon kiłowe w przypadku spostrzeganym przez autora, dalej przypadki v. Jacksona, Taylora, Goldflama i innych. Przy guzach móżdżku brak odruchu należy do rzadkości, W 10-ciu przypadkach, obserwowanych w klinice heidelbergskiej, zawsze odruchy kolanowe były utrzymane, a nawet podniecone.

Wzmożenie odruchów kolanowych jest trudne do ocenienia okiem; za pewne uważa autor odruchy wtedy, gdy wyraźny odruch

da się wywołać przez opukiwanie kości goleniowej. W wyższych stopniach wzmożonej pobudliwości nie rzadko występują lekkie skurcze drgawkowe w mięśniu czterogłowym uda, natomiast prawdziwy tężec jest rzadki, zaledwie 1%.

Oprócz powszechnie używanej metody badania odruchu na ścięgnie Achillesa, przy ułożeniu chorego na wznak z lekko zgiętemi nogami w stawach kolanowym i biodrowym i trochę skręconych na bok, poleca autor sposób używany w klinice heidelbergskiej: chory leży na brzuchu, a badający zgina jego kończynę dolną w stawie kolanowym i opukuje ścięgno. Jeszcze lepiej, gdy w tem położeniu chorego badający położy swą rękę lewą na podeszwie chorego, zginając lekko stopę badanego aż do kąta prostego z przedudziem. Łatwo również wywołać ten odruch, gdy w powyższem ułożeniu chorego ujmie się dolną kończynę badaną z przodu za obie kostki, lub też, gdy badany klęczy na łóżku z nogami wolno zwieszonemi. Odruch ten na ścięgnie Achillesa jest stały u ludzi zdrowych; autor ledwo w 1% go nie dostrzegał. Brak tego odruchu w wiądzie rdzenia jest tak częsty, jak i kolanowego. Leimbach jednak podaje, że na 400 przypadków wiądu rdzenia brakowało go 368 razy, 10 razy był słabszy, 5 razy można go było wykazać tylko po jednej stronie. W okresie przedbezładowym zmian w zachowaniu się tego odruchu autor nie spostrzegał, natomiast często go nie było w zapaleniu nerwu kulszowego (Sternberg, Strasburger), bo około 50%, szczególnie przy równoczesnej obecności zaników, przeczulic, upośledzenia czucia, porażeń, które na niewątpliwe zmiany zapalne w nerwie wskazywały.

Wzmożenie odruchu ścięgna Achillesa, tężec, spotyka się w organicznych schorzeniach rdzenia, zatruciu (strychnina), w długotrwałych chorobach gorączkowych (gruźlica) i często w nerwicach, szczególniej macinnictwie. O ile odróżnienie tężca macinniczego na podstawie zachowania się odruchu rzepkowego jest prawie niemożliwe, o tyle na podstawie tego odruchu dość łatwe, jeśli zwrócimy uwagę na dość szybkie, lekkie, kilkakrotne skurcze mięśni, które łatwo w samym początku powstrzymać można, wyginając stopę ku grzbietowi, cechujące rzekomy tężec macinniczy. Tężec u gruźliczych ma mieć podobne cechy do tężca, wywołanego zmianami organicznemi w rdzeniu.

Z odruchów innych, odruch mięśni przywodzących udo (*mm. adductores*) znajdował autor w 34% u zdrowych, z reguły przy równoczesnem wzmożeniu odruchu rzepkowego. Rzadszym jest odruch mięśnia goleniowego tylnego (*m. tibialis post.*) (w 26% u zdrowych), zwyczajnie wybitny w ciężkich schorzeniach rdzenia.

Co się tyczy odruchów skórnych, to one obecnie wielu badaczy nie zajmują, choć i tu nie są dość wytłómaczone takie objawy, jak obecność odruchów skórnych przy wysoko rozwijającem się schorzeniu rdzenia poprzecznem, coby mogło za łukiem odruchowym rdzeniowym przemawiać, podczas gdy przy połowiczych porażeniach mózgowych odruchy skórne bywają osłabione, lub nawet zniesione.

Nad odruchem pośladkowym i Remaka autor długo się nie zastanawia. Odruchy brzuszne, mianowicie górny, znajdował autor w 98%, środkowy w 99%, dolny w 98% przypadków. Przy wiądzie rdzenia są one często podniecone, jednak nie można ich zużytkowywać do wczesnego rozpoznania wiądu rdzenia. Odruch mięśnia unoszącego jądro spotykał autor w 98%; w zapaleniu przyjądrza i przy wodniaku był on po stronie chorej osłabiony. Odruch rzyci, ściąganie się zwieracza rzyci przy podrażnieniu miejscowem skóry, mógł wykazać w 80%. Często odruch ten dał się wywołać już przez podrażnienie włosów, znachodzących się w okolicy rzyci. Przy wiądzie rdzenia odruch ten często nawet podniecony, mimo lekkiego znieczulenia tej okolicy.

Odruch mosznowy nie był dotąd wiele przez autorów uwzględniany i ceniony. Trzeba pamiętać o tem, że odruch ten występuje dopiero po kilkakrotnem łechtaniu okolicy rzyci, międzykrocza i małej wewnętrznej części uda, czyniąc to powoli i zaczynając z międzykrocza. Cały odruch trwa zawsze kilka sekund i przez ten swój charakter nie posiada podobnego w całym ustroju. Autor przypuszcza, że odruch ten biegnie przez nerw sromny wspólny, lub przez nerwy międzykrocza do ogona końskiego, a ztąd przez gałęzie łączące do splotu podbrzusznego i do mięśni w zakresie narządu moczopłciowego.

Wspomniawszy krótko o odruchu Bechtierewa (skurcz dolnych mięśni brzucha po łechtaniu skóry pod więzem Pouparta), przechodzi autor do odruchu podeszwowego, który należy do najstalszych (98%). Co się tyczy braku tego odruchu, to autor nic nowego nie podaje. Wzmożenie tego odruchu trudno odróżnić nieraz od stanu fizyologicznego, gdyż często i u zdrowych można wywołać przez podrażnienie podeszwy skurcze całych grup mięśni, a nawet skręcenie całej kończyny. Według Jendrassika chorobowo wzmożony odruch ten można wywołać z każdego miejsca dolnej kończyny, bez uczucia świądu, bólu, a przytem odruch taki nuży się powoli.

O odruchu paluchowym Babińskiego wiele w ostatnich latach pisano. Według Strümplla odruch B. należy do tych objawów, z których można wnioskować o zajęciu chorobowem dróg piramidalnych rdzenia; podług Schmidta ten typowy odruch można spostrzegać i bez wyżej przytoczonych zmian chorobowych rdzenia.

Podrażniwszy stronę wewnętrzną (lepiej, niż zewnętrzną) podeszwy, pociągając lekko palcem, lub jakimś przedmiotem od stawu palucha, aż do kości piętowej, otrzymamy żywe zgięcie (*flexio plantaris*) palców stopy, przy równoczesnem słabem wyprostowaniu (*flexio dorsalis*) kości śródstopia, lub też zgięcie całej stopy, a nie rzadko zgięcie nogi w stawie kolanowym i biodrowym, połączone często z wykręceniem kończyny. Jest to odruch podeszwowy.

Przy odruchu Babińskiego, zachowując ten sam sposób badania, występuje powolne wyprostowanie (*flexio dorsalis*) palucha, czasem, ale rzadko i reszty palców. Ruch ten jest bardzo powolny; tylko wyprostowanie palucha jest dla tego odruchu charakterystycznem, a nie reszty palców, lub stopy. Wszyscy prawie autorowie zgadzają się, że odruch ten występuje prawie tylko przy zmianach w drogach piramidalnych (Strümpell, Waldon i Paul, Homburger, Chodźko, Langdon). Wyjątkowo dość często u osesków, gdzie drogi w przednich rogach rdzenia są jeszcze w stanie rozwoju. W rzędzie autorów, którzy się oświadczyli przeciw wartości rozpoznawczej tego odruchu, są: M. Cohn, Schüler, Verger, Abadie, Schneider. Według autora odruch B. nigdy nie znajduje się u ludzi zdrowych. Wśród 100 ludzi badanych, raz tylko spostrzegał niepewny ruch palucha. Jako objaw chorobowy znalazł go autor na 24 przypadków stwardnienia rozsianego 14 razy; na 25 przypadków schorzenia rdzenia poprzecznego — 16 razy; na 25 — porażenia połowiczego — 16 razy; na 34 wiądu — raz; na 17 — guza mózgu — dwa razy. Odruch podeszwowy był zawsze prawidłowy przy prawdziwych nerwicach (neurastenia, macinnictwo, tężyczka, drżączka porażenna), dalej we wszystkich porażeniach obwodowych nerwów i schorzeniach mięśni.

Charakterystycznym jest brak odruchu Babińskiego w drżączce porażennej, co przemawiałoby przeciw organicznej podstawie tej choroby i rzadkość, z jaką znajdował autor objaw B. w porażeniach połowiczych.

W padaczce często spotykał autor odruch B. w napadzie (francuscy autorowie 50%); częstym ma on być również w durze brzusznym, czego autor potwierdzić nie może; dalej w śpiączce mocznicowej i zatruciu strychniną.

Ostatecznie autor twierdzi, że odruch Babińskiego, t. j. leniwe wyprostowanie palucha, jest objawem patognomonicznym w schorzeniach dróg piramidalnych, równowartościowym ze wzmożeniem odruchów ścięgnistych. Obecność jego w padaczce można sobie wytłómaczyć przypuszczalnem zatruciem ustroju jakimiś produktami, które działają na drogi ruchowe w rdzeniu.

W końcu wspomina autor o teoryi Cestana, który przykurczenie palucha w chorobie Friedriecha uważa za wynik stałego odruchu B., wywołanego schorzeniem dróg piramidalnych rdzenia. Przyczyna odruchu B. jest ciemna, nawet nie wiemy, czy jest to odruch samoistny, czy tylko chorobowo zmieniony odruch podeszwowy.

Autor kończy, polecając dalsze badanie nad przyrodą odruchów, szczególniej mosznowego, który może kiedyś dać nam dokładne pojęcie o czynności tego odcinka nerwu spółczulnego.

Dr. Stanisław Gólski.

R i e g n e r. **Przedarcie podskórne zatoki podłużnej opony twardej.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* Tom 62). R. podaje przypadek przedarcia zatoki podłużnej opony twardej; 20-letni mężczyzna spadł z rusztowania na głowę; przytomności nie stracił; nie może jednak powiedzieć, w jaki sposób uderzył głową; krwotok z prawej dziurki nosowej. Na ciemieniu powłoki miękie oddzielone od kości na dość dużej przestrzeni przez znaczny wylew krwi. Chory prócz bólu głowy nie miał początkowo żadnych dolegliwości; szóstego dnia po wypadku bóle stały się nadzwyczaj gwałtowne, chory stawał się apatycznym i wystąpiły objawy podwyższonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. R. zdecydował się wykonać trepanacyę; w tym celu odsłonił kości ciemieniowe i utworzył płat, odpowiadający częściom miękim, oddzielonym od kości przez wylew krwi. Na kości stwierdził pęknięcie, które zaczynało się od linii środkowej i biegło do wewnętrznego brzegu prawego oczodołu. Nad uchem lewem stwierdził prócz tego dwa małe pęknięcia. R. rozszerzył pęknięcie pierwsze, przyczem nastąpił gwałtowny krwotok tak, że R. musiał zatamponować ranę i założyć opatrunek. Na czwarty dzień przy zmianie opatrunku krwotok się nie powtórzył, wtedy R. stwierdził w zatoce podłużnej szparę długości $1\frac{1}{2}$ ctm.

Szparę tę R. zaszył kilku szwami katgutowymi. W chwili demonstracyi chory był już na wyleczeniu. *Dr. Teofil Zalewski.*

Prof. Brunner. **Przyszła rasa.** (*Philadelphia Med. Journal* 4-go stycznia 1902 roku). Autor, szef biologicznego wydziału w Uniwersytecie Hutlera w Stanie Indyana, przepowiada znaczne zmiany w rozwoju rodu ludzkiego. Sądzi on, że przyszły człowiek znacznie będzie się różnić od teraźniejszego: panem jego ustroju będzie mózg, znacznie więcej rządzący ciałem, niż to ma miejsce obecnie. W ciele zanikną zupełnie żebra rzekome (*costae fluctuantes*), wyrostek robaczkowy i małe palce u nóg; — oprócz tego wiele innych zmian ma nastąpić. Pierś, oraz dolne i górne kończyny będą większe i przyszły człowiek ma być znacznie wyższy od swego prototypu naszych czasów. *St. Rudzki* (Ptbg.).

Szana. **Przyczyny, dla których dzieci w pierwszych latach swego życia są nadmiernie, lub też za mało odżywione na swój wiek.** (*Die Heilkunde.* 1902, Nr. 2). Za nadmiernie odżywione uważa S. te dzieci, które przy zupełnie zdrowem wejrzeniu mają wagę większą, niż mieć powinny: za mało zaś odżywione te. które przy zupełnem zdrowiu mają wagę za małą. Przechodząc rozmaite warunki higieniczne. zajęcia i sposób odżywienia, przychodzi autor na podstawie badań, przeprowadzonych na dzieciach chowanych na wsi i w mieście do przekonania, że nie tyle powietrze, jak rodzaj odżywienia wpływa na należyty rozwój i przyrost. Najlepiej wyglądają i mają największy przyrost dzieci żywione pokarmami mącznymi, bogatymi w węglowodany, a ubogimi w istoty azotowe, jeżeli jeszcze przytem mają odpowiednie warunki higieniczne; na odwrót, daleko mniejszy przyrost będą mieć dzieci, żywione mięsem. *P.*

Dr. M. Burchardt. **O odkażaniu naszych materyałów opatrunkowych.** (*Archiv Langenbecka* 65/2). Autor stara się udowodnić, że zarzuty czynione sterylizatorom Schimmelbusch-Lautenschlägera, są nieuzasadnione, i że przedmioty opatrunkowe mogą w nich być dokładnie wyjałowione byle 1) używać puszek nowego systemu, t. j. zaopatrzonych w otwory po bokach, w dnie i w wierzchołku i 2) wstępnego ogrzania, mającego zapobiedz skraplaniu się pary, nie podnosić ponad 50° C. Polemizuje zaś głównie z Rubnerem i Braatzem, którzy wykazali, że w tych sterylizatorach dane są warunki do powstawania pary przegrzanej, której siła odkażająca stoi znacznie niżej od takiejże siły pary nasyconej przy 100° C. Aby w tych sterylizatorach powstać mogła para przegrzana, trzebaby materyały opatrunkowe poprzednio ogrzać do 70° C. lub wyżej. *Herman.*

Stanisław Kopczyński. **Z kazuistyki nowotworów i ropni mózgowia.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Z 10-ciu zpisanych przypadków 7 dotyczyło nowotworów, 3 zaś ropni mózgowia. Z ciekawszych szczegółów zanotować należy: w przypadku *tuberculum solitare* w móżdżku nie było żadnych objawów ogniskowych, lecz jedynie znaczna sztywność karku. W innym przypadku nowotworu w móżdżku występowały napadowe skurcze tężcowe mięśni karku i tułowia, wybitne zwolnienie tętna do 44 uderzeń na minutę i wahania w odruchach głównie ścięgnistych, które na pewien czas znikały. Przypadek guza w płacie czołowo-ciemieniowym jest przyczynkiem do nauki o umiejscowieniu zmysłu stereognostycznego. Brodawkę zastoinową stwierdzono w 6-ciu przypadkach (na 7), przyczem w czterech razach chorzy dotknięci byli zupełną ślepotą. Tętno we wszystkich przypadkach było przyspieszone, tylko w jednym podczas napadów sztywności mięśni karku było zwolnione. Z trzech przypadków ropni mózgowia w jednym zasługiwała na uwagę niezwykła grubość worka ropnia, a w drugim — (ropień w płacie skroniowym) — zaznaczyć warto zwolnienie tętna aż do 36 uderzeń na minutę. *Z. Czaplicki.*

Władysław Palmirski. **O błonicy i surowicy przeciwbłoniczej.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). W pracy tej, nie nadającej się do krótkiego streszczenia, autor obszernie omawia sposoby otrzymywania surowicy przeciwbłoniczej, istotę toksyn błoniczych, sposoby określania siły surowicy itd. *Dr. Czaplicki.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Cocainum hydrochloricum. (*E. Merck: Bericht über das Jahr 1901*). Wstrzykiwania kokainy w przestwór podpajęczy części lędźwiowej rdzenia, zalecone początkowo przez Biera w celu znieczulenia dolnej połowy ciała przed zabiegiem operacyjnym, znajdują coraz obszerniejsze zastosowanie. Marie i Guillain (Rev. internat. de Méd. 1901 Nr. 10) stosowali je z dobrym wynikiem w rwie kulszowej i postrzale, używając 0.005 chlorku kokainy, rozpuszczonego w 0.5 sz. ctm. wody. Albarran i Catelin (Presse méd. 1901 Nr. 89) stosowali te wstrzykiwania kokainy (0.02 na 1 sz. ctm wody) w przypadkach bezwiednego moczenia. Déléarde zaleca je przeciw kolce ołownej.

Ażeby uniknąć ubocznych skutków, zaleca Bier ucisk szyi zapomocą opaski elastycznej w celu zapobieżenia dyfuzyi kokainy do komórek mózgowych. Cordero i Ceccherelli natomiast podają jako o wiele skuteczniejsze wdychiwanie azotynu amylowego w ilości 20 kropel, rozdzielonych na kilka mniejszych dawek.

Westfalen (Centr. f. Gynäc. 1901 Nr. 37) stosuje czopki kokainowe (0.03 p. d.) w przebiegu przeciągających się porodów. Według niego kokaina, stosowana w ten sposób. nie upośledza bynajmniej odruchowego działania tłoczni brzusznej, ale owszem działa dodatnio w tym kierunku. Również stosować należy kokainę, gdy skurcze macicy przybierają charakter tężcowy i gdy w przerwach pomiędzy skurczami występują silne bóle. *Dr. T. Ż.*

Eupiryna (*E. Merck: Bericht über das Jahr 1901*), jest łagodnym, nie działającym trująco środkiem przeciwgorączkowym, mającym szczególne zastosowanie u wyniszczonych osobników w wieku dziecięcym i starszym. W ostatnim roku Porges (Wiener med. Blätter Nr. 17) zaleca ten środek; jako dawkę przeciwgorączkową dla dorosłych oznacza 1—1.5 grm., dla dzieci 0.3—0.5 grm. Działanie występuje zwykle po pierwszej dawce: po upływie 1—2 godzin ciepłota opada o 1—1½° C. i stan ogólny chorego się polepsza. Porges przypisuje eupirynie wybitne działanie pobudzające i zaleca ją szczególnie w przebiegu grypy jakotež w chorobach gorączkowych u starców i dzieci. Cena 1 grm, około 50 halerzy. *Dr. T. Ż.*

Extractum Myrtilli Winternitz. (*E. Merck: Bericht über das Jahr 1901*). Nowe zastosowanie wyciągu z borówek Winternitza zawdzięczamy badaniom Artaulda (Revue de Thérapeut. med. chirurg. 1901, Nr. 20), który stwierdził nadzwyczajną skuteczność tego środka przy języku łuskowatym (leusoplacia lingualis), w zapaleniu jamy ustnej wrzodliwem, zgorzelinowem, pęcherzykowem i zakaźnem. Miejsca chorobowo zajęte należy jak najczęściej (przynajmniej co godzinę) pendzlować. Działanie jest zadziwiająco szybkie; lek ten posiada pod względem skuteczności niezaprzeczoną wyższość nad wszystkimi środkami, stosowanymi w tych cierpieniach i musi być uważany za swoisty środek leczniczy we wszelkiego rodzaju zapaleniach jamy ustnej. *Dr. T. Ż.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 7 maja 1902 r.

Przewodniczący Kol. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto

II. Kol. Ciechanowski demonstruje 1) modyfikacyę sposobu Weigerta barwienia osłonek rdzennych, zastosowaną do barwienia kanalików żółciowych w wątrobach ludzkich; 2) okaz mięsaka miednicy małej, wychodzącego prawdopodobnie z gruczołu krokowego, u chłopca 13-letniego.

III. Kol. Gliński pokrótce omówił i przedstawił: 1) macicę z wielokrotnymi włókniako-mięśniakami z następowem mięsakowem przeobrażeniem niektórych guzów nowotworowych i przebiciem nowotworu w 2 miejscach do jelit; 2) jelita z wielokrotnymi (około kilkuset) naczyniakami w ścianach całego jelita cienkiego; 3) wielokrotne (około 100) uchyłki rzekome (*diverticula spuria*) w dwunastnicy i jelicie cienkiem. (Przypadki te będą ogłoszone w »Przegl. lekarskim«).

W dyskusyi Kol. Ciechanowski zwraca uwagę na analogiczne przypadki (przebicie mięśniaków macicy do jelit), ogłoszone między innymi przez Święcickiego.

Prócz tego zabierali głos: Kol. Cercha, Gertler, Gliński,

IV. Kol. Horoszkiewicz przedstawia serce z raną postrzałową, oraz tętnicę główną z tego samego przypadku, której ściana uległa poprzecznemu zupełnemu pęknięciu skutkiem mimostrzału w chwili, gdy pocisk, opuściwszy serce, trafił ścianę zewnętrzną tętnicy w kierunku stycznej.

V. Kol. Kirkor wygłosił odczyt: O zmianach szybkości ruchu krwi w mięśniach prążkowanych podczas ich czynności dowolnej i odruchowej«. (Rzecz drukowana w »Rocznikach Akademii Umiej.«).

W dyskusyi zabrał głos Kol. Gertler.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego, odbytego w dniu 15. kwietnia 1902 r.

Kol. przewodniczący zawiadamia, że niektórzy członkowie Towarzystwa żądali prywatnie ustalenia terminu posiedzeń i tym sposobem dania członkom możności przygotowania materyału na posiedzenie. Motyw to słuszny, lecz nie wykonalny ze względu na okoliczność, że klinika i oddział szpitalny są głównymi dostawcami chorych na posiedzenia, a i tu w pewnym terminie może zachodzić brak zajmującego materyału. Żąda więc zatrzymania dotychczasowego zwyczaju, na co zgromadzeni się zgadzają.

Po przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia kol. Sokołowski przedstawia pacyenta z *moluscum contagiosum.* Prelegent zaznacza, że mimo najskrupulatniejszego poszukiwania drobnowidowego w wygniecionych masach nie dało się wykryć charakterystycznych ciałek, a przecież co do rozpoznania klinicznego najmniejszych wątpliwości niema. Następnie kol. S. przedstawia drugiego pacyenta z *ulcus traumaticum brachii sinistri.* Wrzód owalny, o brzegach ostro ciętych, powstały po uderzeniu, w zupełności przypomina *ulcus gummosum;* wywiady jednak absolutnie kiły nie wykazują. W dyskusyi zabierali głos kol. Reiss, Zydłowicz i Borzęcki.

Kol Krzysztalowicz przedstawia chorego z rozpoznaniem *neurofibromata cutis.* Chory zgłosił się do kliniki z rzeżączką, — przy badaniu zauważono na skórze porozrzucane guziczki wielkości grochu, elastyczne, sino zabarwione, przy dotykaniu których odnosiło się wrażenie, jakby palec zapadał się pod powierzchnię skóry. Z początku rozpoznano tu *haemangiendotheliomata,* względnie *lymphangioma tuberosum multiplex;* badanie jednak drobnowidowe wykazało, że każdy guzek otoczony jest torebką włóknistą i składa się z komórek tkanki łącznej o szczególnych cechach i obfitej ilości bardzo dużych komórek ziarenkowatych. Dalej napotyka się tu tkankę bujającą, wychodzącą z otoczek nerwowych. Na podstawie tych danych możliwem było dopiero powyższe rozpoznanie. Oprócz tego na skórze wykazać można jeszcze sine plamy; — plamy te należą niewątpliwie do obrazu chorobowego, a chory zauważył ich występowanie już w 10 roku życia (obecnie liczy lat 28). Kol. Reiss, omawiając ten przypadek, zalicza go do nader trudnych pod względem rozpoznawczym. Kol. Steuermark zaznacza, że widział podobny przypadek, plam tych jednak tam nie było. Kol. Borzęcki podnosi między innemi miękie i luźne utkanie guzków, prawie niebywałe przy włókniakach (*sensu stricto*).

Kol. Reiss przedstawia chorego z *lichen ruber planus atrophicans pigmentosus.* Cierpienie dotyczy człowieka młodego i sprawia, że skóra tułowia, a zwłaszcza pośladków, przedstawia mozajkę plam ciemnych, nacieklych, wybitnie pobruzdowanych, połysku prawie perłowego i miejsc, niejednokrotnie zupełnie białych, przy bliższem badaniu nie znacznie pogłębionych i atroficznych, przypominających *leucoderma syphiliticum i vitiligo dispersa.* Przy pobieżnem traktowaniu sprawy możnaby tu myśleć o *acantosis nigricans* w okresie początkowym. Leczenie, jak przy liszaju wogóle, więc arsen. Kol. Boczar podaje, że przypadek ten przysłano do kliniki z rozpoznaniem *psoriasis,* na co oczywiście zgodzić się nie można, ponieważ jednak w niektórych obrazach skóry przypomina poniekąd *atrophia cutis idiopatica,* podaje szczegóły rozpoznawania różniczkowego. Kol. Borzęcki, podnosząc nadzwyczajną rzadkość cierpienia, zwraca uwagę na to, że mamy przed sobą już niejako okres zejścia sprawy chorobowej. Kol. Filipkiewicz, zaliczając przypadek do białych kruków, czyni wniosek, aby go kol. Reiss przedstawił w Tow. lekarskiem.

Kol. Borzęcki przedstawia chorą z *lues maculo-papulosa recens* u dziewicy. Szukając za miejscem pierwotnego zakażenia, znalazł na szyi po stronie lewej gruczoły powiększone, niebolesne, a na odnośnym migdałku owrzodzenie, o brzegach równych, nieco wyniosłych, pokryte wypociną połyskującą, migdałek sam obrzękły. Owrzodenie to uważa za wrzód pierwotny. Następnie przedstawia chorą z *lichen ruber planus* na powłokach brzusznych i na ścianach bocznych klatki piersiowej. a kol. Reiss, jako przeciwstawienie do tego przypadku przedstawia chorą z *lichen syphiliticus* prawie na tych samych miejscach i omawia rozpoznanie różniczkowe.

Następnie zabiera głos kol. Steuermark, który wygłosił odczyt »O leczeniu *acne vulgaris*«, poparty demonstracyami przyrządu Saalfelda z przyrządami do mięsienia Pospiełowa i preparatów leczniczych. W odczycie swym podnosi, że lekarze nie opierają się w leczeniu na podstawach anatomo-patologicznych, lecz używają najrozmaitszych przetworów chemicznych, które nie leczą samego cierpienia, lecz tylko niektóre jego objawy, n. p. hiperkeratozę. Dotychczas uważano czarny punkcik na szczycie zaskórnika *(comedo)* za nagromadzenie się pyłu atmosferycznego na łoju, wypełniającym przewód gruczołowy, wykazano już jednak, że tak nie jest. Zaskórnik składa się prawie wyłącznie z komórek zrogowaciałych przyskórka, a w starych zaskórnikach w manszecie niejako tych komórek znajduje się łój. Zaskórniki są objawem ogólnej hiperkeratozy danego miejsca. Obok komórek zrogowaciałych i łoju znajdują się jeszcze w zaskórniku drobnoustroje, z których jedne stale, inne tylko czasem tam się znajdują. Co się tyczy czarnego punktu, jest on produktem redukcyi keratyny, nie leży na samym wierzchu, ale nieco głębiej i ani zmyć, ani zmydlić się nie daje; pod wpływem środków redukujących jeszcze silniej występuje, a niknie przy użyciu środków utleniających. Na podstawie tych danych anatomicznych radzi w leczeniu unikać środków redukujących, jako dających wręcz przeciwne wyniki, a używać utleniających; aby zaś usunąć hiperkeratozę, podaje dwie drogi: mechaniczną, woda ciepła, para i mydło nadtłuszczone i — chemiczną, do czego służą trzy grupy środków: *a)* keratolityczne, *b)* lepiomatyczne, *c)* antykeratoplastyczne. Przy wągrach pryszczowatych, które stanowią tylko dalszy okres trądziku, leczenie winno być takie same, o ile nie zachodzi konieczność zabiegu chirurgicznego. Wreszcie St. kładzie nacisk na ważność zachowania się dyetetycznego, tak bardzo podnoszoną przez autorów francuskich. Po odczycie wywiązała się dłuższa dyskusya, w której zabierali głos koll. Boczar, Krzysztalowicz, Reiss i Borzęcki, który zapytuje prelegenta, czy wyniki takiego leczenia są stałe, na co ten odpowiada, że leczenie to jest symptomatyczne i jak długo istnieje sposobność zakażenia mikrokokami Sabouranda, tak długo trądzik będzie nawracać.

Kol. Boczar przedstawia chorego z *trichophytia animalis,* u którego dla zniszczenia grzyba stosowano sześć razy zalecaną przez kol. Steuermarka metodę nacierania ciastem z *barium sulfuratum,* ale bez najmniejszego skutku. o czem świadczy preparat z wyjętego włosa, który przedstawia całe pasma i gniazda *trichophyton megalosporon.* Kol Steuermark zaznacza, że sześciokrotne nacieranie nie jest w stanie wygubić grzyba; on spostrzegał wyleczenie po kilkunastorazowem nacieraniu. Nadmienia, że różne są fabrykaty *barium sulfuratum,*, różniące się już barwą, a znacznie działaniem. Działać ma właściwie wywiązujący się siarkowodór. lecz Unna twierdzi, że tu działającymi są wielosiarczki, których powstawanie trudno sobie w tym razie wytłómaczyć. Kol. Borzęcki radzi, aby dla lepszego działania gazu miejsca natarte pastą pokryć ceratką. Kol. Steuermark wyjaśnia jednak, że ze względu na znaczne pieczenie, jakie wywołuje przetwór, długo go na skórze zatrzymać nie można, a tem samem bezcelowem byłoby okrywanie ceratką. Wywiązuje się ogólna dyskusya w sprawie działania rozmaitych gazów i pary na torebki włosowe.

Kol. Boczar przedstawia chorego z *dermatitis artefacta faciei,* który ze względów kosmetycznych natarł sobie twarz sokiem z lnianki pospolitej. Kol. Steuermark podaje, że takie zapalenia skóry często się powtarzają w Ameryce, gdzie podrażnienie sokiem z *primula abconica* lub *rus toxicodendron* przydarza się często.

Kol. Reiss przedstawia jeszcze znanego chorego z *sarcomatosis cutis,* u którego jedne guzki się wypłaszczają, inne powstają, ogółem jednak zaznaczyć wypada polepszenie po arsenie.

Kol. Boczar przedstawia chorą z *ulcera gummosa* na obu podudziach i podnosi, że przed rokiem miejsca te dotknięte były przez różę.

Na tem posiedzenie zamknięto. *Dr. Pacyna,* sekretarz.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie budowy schroniska na 500 umysłowo-chorych.

(Uchwała krajowej Rady zdrowia według referatu Dra *Wiktora Opolskiego,* c. k. radcy Rządu).

Sejm naszego kraju dążąc do rozleglejszego zaopiekowania się chorymi na umyśle, ocenił trafnie, że zakład kul-

parkowski z powodu przepełnienia chorymi nieuleczalnymi i z natury choroby na stałe zatrzymanie skazanymi, coraz bardziej zatraca charakter zakładu leczniczego; dlatego też w r. 1900 uchwalił budowę schroniska na 500 umysłowo chorych nieuleczalnych, a spokojnych.

Wydział krajowy przyjął na to schronisko budowę pawilonową o 7 budynkach, które mają stanąć na gruntach, okalających główny zakład kulparkowski.

Oddział mężczyzn, składający się z trzech pawilonów dla chorych, jednego pawilonu robotniczego i domku dla lekarza, zajmie na zachód od głównego zakładu areale oparkanione, na przestrzeni około 2.300 m².

Oddział kobiet, leżący na północ i wschód, składa się z 3 pawilonów. Oddalenie wzajemne poszczególnych pawilonów i ich odległość od zakładu macierzystego jest odpowiednia, wynosi bowiem co najmniej 40 m.; natomiast przestrzeń, dającą się obliczyć z planu sytuacyjnego, uważać musimy ze stanowiska higjeny za niewystarczającą dla ruchu chorych na wolnem powietrzu. Na jednego chorego przypada najwyżej 8 m² niezabudowanej przestrzeni.

Przystępując do oceny pawilonów, zaznaczamy najpierw, że nie całkiem są opiwniczone. Brak jest zabudowanych suteren pod tylnym traktem pawilonów.

Ubikacye zabudowanej części suteren służą do właściwych celów z wyjątkiem jednej, która jest przeznaczona na pomieszkanie dla robotników zajętych w suterenach, a jest wysoka tylko na 3 metry. Nie jest to zarządzeniem higienicznem nawet w tym razie, gdyby grunt podpiwniczny był suchy, przepuszczalny i stale się trzymał nad poziomem najwyższego stanu wody gruntowej.

Ta część pawilonu, która nie jest opiwniczoną, jest osadzona na nasypie ubitej ziemi, wysokim na 1·20 m. Podłoga parteru ma w tem miejscu podkład betonowy, zamiast, coby było higieniczniej, aby pod nią znajdowała się przestrzeń wolna dla krążenia powietrza, o wysokości kilku decymetrów.

Na parterze jest 6 ubikacyj o 34 łóżkach. Kwadratura tych ubikacyj wynosi 210·74 m², więc na jedną osobę przypadnie 6·43 m powierzchni w kwadracie i 26·65 m³ powietrza.

Jakkolwiek liczby te ze stanowiska higjeny są pod względem ilości powietrza nieco za niskie, jednak gdy się zważy, że w salach tych, posiadających poprawne przewietrzanie, przebywać będą przeważnie cieleśnie zdrowi, przytoczone wymiary możemy przyjąć za wystarczające.

Od frontu pawilonu pozostawiono na pobyt dzienny chorych, prawdopodobnie i na salę rozrywkową, jednę dużą ubikacyę o 123·25 m² podłogi i 510 m³ powietrza. Sala ta wychodzi na werandę otwartą i jest u góry oszklona. Boczne ubikacye parteru mieszczą łazienki o 2 wannach, umywalnię i magazyn na czystą bieliznę. Piętro zawiera ubikacye z rozkładem prawie tym samym, co parter i takiem samem przeznaczeniem, tylko że salę położeniem odpowiadającą sali parterowej, przeznaczonej na dzienny pobyt chorych, obrócono na sypialnię dla 19 chorych i że nie projektowano tu łazienki.

Przy takim układzie ubikacyj ma stanąć na piętrze 56 łóżek w 7 pokojach, w których kwadratura podłóg razem wziąwszy wynosi 352·79 m², a kubatura powietrza 1482 m³. Przypada więc na jednę osobę 6·30 m² i 26·45 m³, prawie tyle, co na poziemiu. Oświetlenie sal jest odpowiednie. Wielkość okien wynosi $^1/_6$ powierzchni podłóg. Projektowane przewietrzanie, centralne ogrzewanie pokoi, łazienki, umywalnie, jakoteż cały ustrój dla dostarczania wody ciepłej i zimnej, to wszystko odpowiada wymaganiom higjeny szpitalnej. Wychodki natomiast, wprawdzie dobrze urządzone i zaopatrzone w przyrządy do automatycznego spłókiwania, przytykają na parterze bezpośrednio do sali dziennej, a na piętrze do sali sypialnej i nie są oddzielone żadnem przepierzeniem, ani też korytarzem.

Umiejscowienie łazienek i umywalni jest również niewłaściwe. Dostęp do nich, podobnie jak do wychodków, dla wielu chorych prowadzić będzie przez trzy sale innych chorych.

Na dzienny pobyt przeznaczono dla chorych z całego pawilonu, jak powiedziano, jednę salę na parterze. Otóż w porach, kiedy chorzy nie będą mogli wychodzić na wolne powietrze, miałby przebywać w tej sali o 128 m² podłogi i 550 m³ pojemności, cały kontyngent pawilonu tj. 73, względnie 83 chorych.

Pawilon robotniczy nie ma mieć suteren. Parter pawilonu o trzech ubikacyach przeznaczony jest do robót dla 30 chorych. Na piętrze przeznaczono dla nich pokoje sypialne. Na jednego chorego przypądnie tu około 7·6 m² powierzchni podłogi, a powietrza około 30 m³, na dole i na górze.

Łazienki i wychodki nie łączą się z warsztatami, ani z salami chorych. Przewietrzanie okienne i sztuczne, urządzone jest poprawnie. Okna idą na przestrzał i dają dużo światła. Ogrzewanie odbywać się będzie piecami. Pomyślano tu o kuchence do odgrzewania potraw i o rozbieralni dla chorych. Plany na piekarnię, na rozszerzenie kuchni i pralni, z punktu higienicznego nie nasuwają uwagi do oceny.

Krajowa Rada zdrowia, powołana do dania opinii o planach tej budowy, oświadcza, iż w sprawie budowy tych pawilonów wcale nie zdąża do idealnych wymagań w higienicznem ich urządzeniu, uważa jednak za swój obowiązek wskazać potrzebę, aby przynajmniej najkonieczniejsze wymagania pod względem higienicznego zamieszkania były tu przestrzegane i właściwości stanu chorobowego mieszkańców pod względem rodzaju budowy uwzględnione.

Krajowa Rada zdrowia tem bardziej nie wymaga nic więcej nadto, co jest koniecznem, że doświadczenie psychiatryczne poucza, że przemyślne, postępowe, a przytem kosztowne urządzenia techniczne nie we wszystkiem mogą zapobiedz przeróżnym objawom choroby umysłowej. Rada zdrowia sądzi jednak, że jakkolwiek tu idzie tylko o schronisko dla jednostek, straconych dla społeczeństwa, powinnością kraju jest, przy największej prostocie w budowie i skromności w urządzeniach wewnętrznych starać się o to, aby los tych nieszczęśliwych uczynić znośnym. Niestety skromnym tym wymaganiom plany budowy pawilonów nie odpowiadają.

Budowa schronisk dla obłąkanych nie powinna swoim rodzajem ograniczać tych nieszczęśliwych w swobodzie ruchów wewnątrz zakładu; przeciwnie, powinna przedewszystkiem przyczynić się do stworzenia chorym warunków znośnego życia zakładowego. Tymczasem ze względów oszczędnościowych wypełniono plany pawilonów prawie tylko samemi ubikacyami mieszkalnemi, skupiając je razem, a uchylono inne, a konieczne przestrzenie, które są także potrzebne i tam, gdzie idzie o sprawy zdrowotne choćby tylko samych nieuleczalnych.

Wszakże pod tą nazwą nie należy mieć na oku samych tylko kalek umysłowych. W schroniskach znajdują się nietylko matołki, nietylko dotknięci niedołęztwem z zupełną zatratą świadomości i samowiedzy, ale znajdą się i chorzy, cierpiący na obłąkanie ogólne, na pomięszanie pierwotne, na zniedołężnienie wynikłe z innych postaci chorobowych; chorzy na obłąkanie, powikłane z porażeniem postępowem, z padaczką, histeryą i t. d. Znaczna część tych chorych w błyskach oprzytomnienia zdoła zrozumieć swoje smutne położenie i potrafi boleśnie odczuć przykre wrażenia.

Krajowa Rada zdrowia nie zapoznaje, że pawilonowa budowa schroniska, prowadzona z myślą psychiatryczną i według zasad higieny szpitalnej jest kosztowna, a jednak Rada nie może cofnąć żądania, aby konstrukcya pawilonów i rozkładem ubikacyj budowa dostosowaną była do istotnych potrzeb chorych i do rodzaju ich schorzeń. Wymaga tego wzgląd na utrzymanie odpowiedniego dozoru i odpowiedniej segregacyi chorych.

Jeżeliby więc sprawa kosztów miała być rozstrzygającą w tej mierze, to z uwagi, że budowa i konserwacya jednego budynku na pewną liczbę chorych, zamiast kilku budynków dla tej samej liczby, jest mniej kosztowną, co jest jasnem i nie wymaga poparcia cyframi, — może byłoby w danym razie odpowiedniej zamiast sześciu budynków, każdy dla 78 chorych, postawić cztery większe, każdy dla 117 chorych, aby tylko osiągnąć taki podział ubikacyj i takie urządzenia, któreby odpowiadały słusznym uwzględnieniom dogodności chorych, ich zdrowia fizycznego, ich użyteczności roboczej.

Opuszczając teraz założenie, powzięte przez Wydział krajowy, Rada zdrowia w dalszem przedłożeniu pragnie zasadę rozdzielania chorych uleczalnych od chorych nieuleczalnych, zasadę odpowiadającą prawidłom nauki o leczeniu umysłowo-chorych, rozwinąć w kierunku odmiennym od postanowienia Wydziału krajowego.

Otóż wychodząc w ocenie niniejszej sprawy z dwóch poniekąd zasadniczych punktów, mianowicie, że zakład kulparkowski postawiono w swoim czasie według modły dawnych zakładów zamkniętych, które nie uwzględniały symptomatologii stanów chorobowych, stopnia i okresu tych stanów i wynikającej ztąd potrzeby topograficznego kategoryzowania chorych, jakoteż, że panujący w obecnej dobie pogląd na postępowanie psychiatryczne w pierwszym rzędzie uwzględnia grupę umysłowo-chorych, która z pewnem prawdopodobieństwem daje widoki uzdrowienia trwałego, względnie czasowego, wypowiada krajowa Rada zdrowia zdanie, że pawilony przez Sejm krajowy uchwalone na rozszerzenie zakładu kulparkowskiego, należy przeznaczyć dla umysłowo chorych uleczalnych.

Zdanie to wypowiada Rada zdrowia w przeświadczeniu, że krajowi źleby się przysłużyła i zapoznałaby najlepsze intencye Wydziału krajowego i Sejmu, gdyby nie wskazała, że przy zamierzonem spełnieniu tej ważnej myśli społecznej tkwi w jej wykonaniu wada zasadnicza.

Krajowa Rada zdrowia mniema, że kraj zyska instytucyę, bardziej zbliżoną do wysokości zadań psychiatrycznych, wskazanych doświadczeniem i nauką, jeżeli się użyczy preferencyę ratunkową tym chorym, których jeszcze nie można uważać za straconych dla społeczeństwa. Przeznaczając więc pawilony dla 500 chorych uleczalnych, a główny budynek zakładu kulparkowskiego dla jakich 700—800 nieuleczalnych, Wydział krajowy osiągnie to, co zamierzał, zadanie zaś względem nauki i względem chorych spełni poprawnie.

Idąc za swoją myślą, krajowa Rada zdrowia mniema, iż winna dać rzut poglądowy z jednej strony na nowoczesne wymagania psychiatryczne, opierające się na doświadczeniu z rozmaitymi systemami budowania domów dla obłąkanych, a z drugiej na to, co w tym względzie daje zakład kulparkowski, zrazu przeznaczony na instytucyę leczniczą. Zadaniem psychiatry nie jest leczyć chorobę umysłową, jeno leczyć chorego na umyśle, a zatem *mutatis mutandis* postępować z nim kuracyjnie nie inaczej, jak z chorym cieleśnie. Obłąkany nie posiada świadomości swojego stanu chorobowego, nie potrafi ocenić pożytku dla siebie z pobytu w zakładzie; nie pojmuje, iż z natury schorzenia swojego musiał postradać prawo stanowienia o sobie; to też urażonym czuje się w swej godności, doznaje obrazy, widząc się za murami i kratami, sądzi, że jest traktowany na równi z tymi, którzy wchodzą w kolizyę z prawem karnem. Łatwo zrozumieć, że podobne rozmyślania w umyśle zmąconym, częstokroć przeczulonym i chorobowo wrażliwym na wpływy zewnętrzne stanowią wielkie utrudnienie w leczeniu. Nadto ciągła jednostajność życia w zakładzie zamkniętym działa przygnębiająco na ich umysł, pozbawiony mocy spokojnego odporu i pogodnego godzenia się z tem, co znieść musi. Takich chorych jest w zakładach zamkniętych liczba największa. Oni to tworzą ów kłopotliwy kontyngent wiecznie niezadowolonych, drażliwych, skłonnych do gwałtów, przemyśliwających o ucieczce. Należą tu także chorzy tacy, których drażni przymusowy pobyt z chorymi niespokojnymi, lub nieprzyjemnymi z innego powodu. Oni również nadwerężają rygor domowy, jaki w zakładzie zamkniętym jest konieczny. Pośród licznej rzeszy, obcej dla wielu z nich stanowiskiem towarzyskiem, stopniem wykształcenia, łatwiej się rozdrażniają w swoich obłędnych myślach, skorzej stawią opór zarzadzeniom lekarskim, są sposobniejsi do kłótliwości i działań gwałtownych.

Z tej też przyczyny wielu z tych nieszczęśliwych przybywszy do zakładu z chorobą ostrą, świeżo wybuchłą, a zatem przy korzystnych warunkach leczenia, rokujących trwałe wyzdrowienie lub też znaczną poprawę stanu chorobowego, prędzej czy później popada w stan umysłowego zwyrodnienia. To też dawno już szukano za owymi korzystniejszymi warunkami w odmiennych systemach budowy zakładów.

(Ciąg dalszy nast.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 29 maja.

XII Zjazd chirurgów polskich odbędzie się w Krakowie dnia 14 i 15 lipca r. b. Zgłoszono następujące wykłady:

1. Prof. Kostanecki: Descensus testiculorum.
2. Dr. Bogdanik: O urazowem pęknięciu kiszki.
3. Doc. Dr. A. Sołowij: W sprawie operacyjnego leczenia raka macicy.
4. Prof. L. Rydygier: O wypiłowaniu szczęki górnej.
5. Tenże: Przyczynki do chorób dróg moczowych (z demonstracyą preparatów).
6. Tenże: Truskawiec w cierpieniach dróg moczowych
7. Dr. Slęk: O nowotworach na kończynach
8. Tenże: O operowaniu krwawnic (hemoroidów) sposobem Whitehead-Esmarcha.
9. Dr. Ruff: Osteoma orbitae (z demonstracyą preparatu.
10. Dr. Zalewski: Zmiany w górnych drogach oddechowych u głuchoniemych w młodym wieku na podstawie badań w instytucie lwowskim.
11. Dr. Ant. Rydygier: Kryoskopia moczu po narkozie chloroformowej.
12. Tenże: O wynikach późniejszych po operowaniu wodniaka moszen sposobem Winkelmanna.
13. Dr. Jasiński: O torbielach trzustki.
14. Tenże: O skórzakach w okolicy krzyżowej.

L. Rydygier, przewodniczący Zjazdów chir. pol.

* Wyborcy m. Krakowa powołali do nowej Rady miejskiej 8 lekarzy (Bujwid, Cybulski, Domański, Jordan, Lustgarten, Pareński, Ponikło i Trzebicky). W ustępującej Radzie miejskiej zasiadało 7 lekarzy zwiększona obecnie o jednego liczba lekarzy radnych jest mniej więcej w stosunku do pomnożenia mandatów radzieckich z 60 na 72.

* Lekarze powiatu bocheńskiego wystosowali do redakcyi »Przeglądu lekarsk.« list otwarty, w którym oświadczają, że nie podejmą się w roku bieżącym szczepienia ochronnego przeciw ospie, jeśli rozporządzenie c. k. namiestnictwa z dnia 21 stycznia b. r., zarządzające szczepienie aseptyczne przy pozostawieniu stopy dotychczasowego wynagrodzenia za szczepienie, nie zostanie do końca m. maja cofnięte lub odpowiednio zmienione. Koledzy powiatu bocheńskiego poddają krytyce szczegóły zarządzonej metody szczepienia aseptycznego, chociaż zasadniczo jej się nie sprzeciwiają, a jednocześnie wykazują zbyt małe, prawie krzywdzące wynagrodzenie przy zwiększonej pracy.

Podpisani: *Oświecimski, Kowalski, Schmidt, Nodzyński, Zakaszewski, Gąsiorek i Majewski.*

* Ministeryum spraw wewnętrznych zarządziło wypoczynek niedzielny dla aptekarzy, mianowicie, w miejscowościach o jednej aptece będzie mógł aptekarz bezkarnie wydalić się z apteki, byle pozostawił rozgarniętego służącego, któryby odbierał recepty, a w razie nagłej potrzeby szybko się zniósł z aptekarzem. W miejscowościach o kilku aptekach jedna lub druga apteka może być kolejno zamkniętą, lecz na drzwiach ma się uwidocznić, gdzie z receptą należy się udać po lekarstwo.

* W Halli na kongresie anatomów zastanawiano się nad sprawą studyów lekarskich dla kobiet; wypowiedziane zdania brzmiały mnie

pomyślnie. Wogóle przeważało zdanie, że dla nauki medycyny kobiety powinne mieć zakłady oddzielne, nawet wbrew ich woli.

* Gorzkie owoce zbiera Anglia wskutek uchwały parlamentu przeciw obowiązkowemu szczepieniu: w Londynie ospa nie wygasa od kilku już miesięcy i wybiera ciężki haracz. Podczas debaty w Izbie o szczepieniu oświadczył lord Newton, że od trzech lat, t. j. od czasu powzięcia osławionej uchwały, 100.000 dzieci w Londynie nie zostało zaszczepionych, zatem nie prędko zabraknie żeru dla obecnie grasującej tam epidemii.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XIX (4—10—V). Ludność średnia roczna 94.057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 13, urodziło się dzieci 79, zmarło osób 56, mianowicie: na gruźlicę 12 (4 zam.), na zapalenie płuc 9 (2 zam,), na błonicę i dławiec 5 (3 zam), na płonicę 3 (1 zam.), na cholerę dziecięcą 4 (1 zam.).

* Między 7 a 13 maja doniesiono władzy o 1-nym przypadku ospy w pow. gorlickim. W tymże czasie stwierdzono duru osutkowy w następujących powiatach galicyjskich: bohorodczańskim (1 gmina), brodzkim (2 gm.), buczackim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), kałuskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), mościskim (1 gm.)., myślenickim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), rudeckim (1 gm), samborskim (1 gm), tłumackim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było w Galicyi 61, w tygodniu poprzedzającym 85.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Massen i Dr. Michajłow mianowani profesorami w Odesie: pierwszy ginekologii, drugi specyalnej patologii i terapii.

Nekrologia. Prof. Kezmarsky, ginekolog, zmarł w Budapeszcie. Dr. Secretan, prof. wewnętrznej medycyny, zmarł w Lozanie. Dr. Skrzeczka, b. prof. sądowej medycyny, zmarł w Berlinie w 70 roku życia.

Bibliografia:

— *Pamiętnik Towarzystwa lekar. warszawskiego T. XCVIII.* Marischler: O wpływie chlorku sodowego na wydzielanie chorych nerek. Kijewski: O wycinaniu płuc. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. Surzycki: O środkach nasercowych na podstawie własnych i obcych doświadczeń (c. d.).

Przegląd higieniczny Nr. 5. Legeżyński: Obecne systemy usuwania śmieci z miast. Gorecki: Nowa rzeźnia miejska we Lwowie.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 4. Dzierżawski: Zapalenie dziąseł i ich leczenie.

— *Medycyna* Nr. 21. Wąsowicz: O leczeniu przewlekłych chorób serca w Krynicy. Moraczewski: O wydzielaniu kwasu szczawiowego, indykanu i siarczanu związanych w cukrzycy pod wpływem żywienia (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 21. Zanietowski: Badania neuramöbimetyczne i kondensatoryczne w myastenii, myotonii i tetanii. Mutniański: Ferrum oxydulatum in statu nascendi.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 21. Kukula: O nové metodě nephropexe. (dok.). Kopfstein: Operace při chorobách orgánů močových, provedené v letech 1897 až 1901 ve veřejné všeobecné nemocnici cis. Frant. Jos. I ve Mladé Boleslavi (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 41. Thoyer Rosat: Położnictwo i moralność chrześciańska. Fiquet: Dna i jej leczenie środkami utleniającymi.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 21. Litten: O zapaleniu wsierdzia. Prochaska: O posocznicy pneumokokowej. Stiller: Przyczynek do nauki o opadnięciu trzew i o objawie żebrowym tego cierpienia. Munter: Wodoleczenie w wiądzie rdzenia. Eulenburg: Uwagi nad poprzedzającym artykułem Muntera.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 20. Hirschberg: Nowa operacya rogówki stożkowatej. Bial: O zastosowaniu praw fizyczno-chemicznych w patologii żołądka. Runge: O wyniku zastosowania metody Credégo u noworodków. Michaelis: O zmianach zwyrodnienia pneumokoków w wypocinie opłucnowej. Preusich i Schütz: Zakaźność zanieczyszczeń paznogci u dzieci ze względu na gruźlicę.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 20. Brauer: O hemoglobinuryi podczas ciąży. Siefert: O wielorakiem zrakowaceniu ośrodkowego układu nerwowego. Jesionek: Zmiany budowlane w oddziale żeńskim chorób płciowych szpitala miejskiego w Monachium. Przyczynek do badania sprawy prostytucyi. Kamann: Przyczynek kazuistyczny do sprawy drgawek. Schultes: Leczenie choroby Basedowa antytyreoidyną. Goebel: Leczenie choroby Basedowa surowicą. Gossner: Ostra postać porażenia Landryego. Manasse: Dwa przypadki wyosobnionego gośćcowego zapalenia stawu szczękowego. Brecke: O zakładach dla niezamożnych chorych na płuca. Tomaszczewski: Wrzód dziurawiący stopy, ze szczególnem uwzględnieniem jego etyologii. (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 21. Hartmann: Wągrowatość mózgu rozpoznana za pomocą nakłócia lędźwiowego. Gawala: Przyczynek do anatomii patologicznej i parazytologii zimnicy durowej *(Typhomalaria)*. Mitscha: Wynik leczenia surowiczego błonicy w okręgu Melk, podczas pięciu lat ostatnich.

Redakcya otrzymała. W. Jaworski: Ueber rationelle Zusammensetzung und therapeutische Verwendung der Mineral-Heilwässer und Heilbäder für Sommercuren. Biały: Ueber die Luxation des os lunatum. Strauss: Pathogenese und Therapie der Gicht im Lichte der neueren Forschungen.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 4 czerwca, o godzinie 6-tej wieczorem, *w klinice chirurgicznej* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Kader omówi: 1) Przyczynek do kamicy żółciowej. 2) Przypadek raka na głowie z porażeniem połowiczem. Poczem nastąpią demonstracye: 1) Z dziedziny chirurgii nerek i zapalenia wyrostka robaczkowego i 2) demonstracya Oddziału ortopedycznego.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.